

L'ASSOCIATION HERNIE GASTRIQUE HIATALE ET ULCÈRE DU COLLET

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

(A propos de 10 observations)

Travail de la clinique médicale D

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Juin 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert ALARY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 8 Juillet 1932, à CHAMBÉRY (73)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

L'ASSOCIATION HERNIE GASTRIQUE HIATALE ET ULCÈRE DU COLLET

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

(A propos de 10 observations)

Travail de la clinique médicale D

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Juin 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert ALARY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 8 Juillet 1932, à CHAMBÉRY (73)



LYON

Imprimerie BOSCH Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut. M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Doyen	M. J.-F. CIER.
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.
Professeurs Honoraires :	MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	MM. CREYSSEL.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrout).	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.
Clinique chirurgicale B ..	WERTHEIMER.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Clinique médicale D	GIRARD Marcel
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Radiologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge .	JEUNE.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Thérapeutique	GONIN.
Médecine du travail	BOURRET.	Bactériologie	MONNET.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physiologie B	CHATONNET.
Botanique et cryptogamie ..	NETIEN.	Clinique endocrinologique .	GUINET.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.	Clinique stomatologique .	FREIDEL.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Matière médicale et législation pharmaceutique .	Joseph
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Histologie et embryologie .	DORCHE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.	Chimie	DUMONT Louis
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Physiologie A	PERROT.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	CIER J.-F.
Clinique de pneumo-phtisiologie	BRUN.	Clinique de chirurgie cardiaque	PERRIN J.
		Clinique médicale infantile	MICHAUD Pierre
		Clinique gynécologique ..	SARROUY Ch.
		Biologie médicale et pharmacodynamie	MATHIEU.
		Clinique des maladies infectieuses	FAUCON.
		Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	X...
			X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.
Chimie générale et pharmaceutique	COLLET.
Hygiène et climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.
Pharmacie chimique et Pharmacologie	CIER André.
Médecine générale	PONT Maurice.
Médecine générale	TRAEGER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.
Chimie analytique	de SOLLIERS.
Médecine générale	DESPIERRES.
Médecine du travail	TOLOT.
Parasitologie	GARIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSEL Roger.	Anesthésiologie	MM. MICHEL.
Hygiène	THIVOLET.	Pédiatrie et puériculture ..	FRANÇOIS.
Electro-radiologie	PINET.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Dermatologie	COLOMB.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Médecine générale	LAMBERT.
Pathologie expérimentale ..	JOUVET.	Médecine générale	FRIES.
Physique biologique	PEYRIN.	Pédiatrie	GILLY.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI.	Médecine générale	ROBERT.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anatomie	BOUCHET.
Médecine générale et thé- rapeutique	LEJEUNE.	Pédiatrie	BETHENOD.
Stomatologie	de MOURGUES F.	Immunologie, sérologie, hé- matologie	GERMAIN.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Pédiatrie	LARBRE.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Chirurgie générale	SOUSTELLE.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Médecine générale	VIALA.
Médecine générale	DELAHAYE.	Bactériologie, parasitologie, virologie	VINCENT.
Anesthésiologie	DELEUZE.	Pneumo-phtisiologie	KALB.
Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique	GIRAUD.	Médecine légale	COLIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Hématologie	MM. FAVRE-GILLY.	Hygiène	MM. RIFFAT.
Histologie et embryologie ..	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALIER-
Chimie analytique	MALLEIN.		RAYNARD.
		Pharmacie galénique	ROLLET.

AGREGES EN EXERCICE

Ophthalmologie	MM. BONAMOUR.	Orthopédie	MM. FAYSSE.
Chirurgie générale	de MOURGUES Georges.	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD.
		Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	DEVIC.	Ophthalmologie	HUGONNIER.
Obstétrique	DUMONT Martial.	Chirurgie générale	MARET.
		Médecine générale	MORNEX.
Urologie	DURAND.	Médecine générale	NORMAND.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	PERRIN André.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Stomatologie	DUMAS.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.	Obstétrique	GARMIER.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.	Médecine générale	NOEL.
Electro-radiologie	CHASSARD.	Orthopédie	SCHNEPP.
		Chirurgie générale	MOUNIER-KUHN Alain.

EXAMINATEURS DE LA THESE

*Président : M. GIRARD ; Assesseurs : MM. LEVRAT, VACHON
et GUILLEMIN*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection
filiale et de ma reconnaissance pour
tous leurs sacrifices.

A MA FEMME

J'offre cette thèse.

A MA FAMILLE

A MA BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

L. BERNARD

R. CHATIN

M. PERRIN

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Nous avons, sous sa direction,
orienté notre activité médicale.

Son enseignement et ses conseils
dispensés dans un climat de parfaite
confiance, nous ont permis l'accès à
une discipline dont il nous a fait
comprendre les lois fondamentales.

Nous lui sommes reconnaissant de
l'intérêt qu'il nous porte.

Il nous a fait l'honneur de présider
notre jury.

Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre respectueux attachement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur LEVRAT

Au cours d'un semestre d'internat, nous avons pu bénéficier de sa très grande expérience clinique.

Nous avons apprécié ses procédés d'observation, et la précision de ses conclusions.

Nous le remercions d'avoir bien voulu juger ce travail, et le prions de croire à nos sentiments très respectueux.

Monsieur le Professeur VACHON

Nous garderons de notre passage dans son service un souvenir précieux. Les nombreux entretiens qu'il a bien voulu nous accorder étaient toujours pour nous une source d'enrichissement. Nous lui sommes reconnaissant de l'influence qu'il a exercé sur la formation de notre esprit médical.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé GUILLEMIN

Il nous a fait l'honneur de s'intéresser à ce travail et de le juger.

Nous l'assurons de notre respectueuse admiration et de nos sentiments reconnaissants.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur DESPIERRES
Monsieur le Professeur TRILLAT
Monsieur le Professeur MALLET-GUY
Monsieur le Professeur CIBERT
Monsieur le Professeur GUINET
Monsieur le Professeur RAVAUT

Internat provisoire :

Monsieur le Professeur DESPIERRES
Monsieur le Professeur Agrégé ROMAGNY

Internat :

Monsieur le Professeur Agrégé ROMAGNY
Monsieur le Professeur Agrégé VIGNON
Monsieur le Professeur GALY
Monsieur le Professeur M. GIRARD
Monsieur le Professeur LEVRAT
Monsieur le Professeur Agrégé R. BRETTE
Monsieur le Professeur VACHON
Monsieur le Professeur DECHAUME
Monsieur le Professeur Agrégé SCHOTT
Monsieur le Professeur Agrégé GIRAUD
Monsieur le docteur P. BRET

Au docteur A. BEL

Il a bien voulu nous conseiller et
nous a encouragé.

Au docteur G. BRAILLON

Il nous a aidé efficacement et tou-
jours aimablement dans ce travail.

Au docteur B. MOULINIER

Amicalement.

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT :

MM. MORNEX, DESBROSSE, DRAPIER, MULLER
GRANDMOTTET

A NOS CAMARADES DE L'INTERNAT

et en particulier V. BANSILLON

M. BOCHU

R. LOIRE

PREAMBULE

Les premières observations de hernies hiatales datent d'Ambroise Paré, la thèse de Quenu fut rédigée en 1920, les descriptions anatomiques d'Akerlund sont de 1926, et malgré l'apport de nombreux travaux cette question reste encore à l'ordre du jour.

La connaissance plus précise de l'anatomie de l'hiatus œsophagien, la recherche radiologique quasi systématique et l'intérêt croissant que l'on a porté à la pathologie cardiaque ont permis de mettre en évidence l'extrême fréquence des hernies diaphragmatiques de l'hiatus œsophagien. Certains auteurs vont même jusqu'à avancer qu'il s'agit d'une malformation physiologique passé un certain âge, le relâchement du tissu conjonctif attribué à la sénescence expliquant les perturbations de la fixité de la région œsogastrique, ou pensent que la hernie n'apparaît que dans des conditions non physiologiques (pro-cubitus, compression et position en trendelenbourg).

Sans prétendre vouloir apporter une contribution originale à l'étude des hernies hiatales, nous voulons attirer l'attention sur un type particulier de hernie hiatale associée à des ulcères gastriques. Nous n'avons en vue ici que les ulcères haut situés de l'estomac, pour la plupart il s'agira d'ulcères dit du collet, étant bien entendu que cette expression très imparfaite englobe les ulcères effectivement situés au niveau du collet et ceux situés dans la portion herniée de l'estomac, immédiatement au-dessus de la coupole diaphragmatique ou, au contraire, immédiatement au-dessous. Cette localisation suggère ainsi des rapports de cause à effet que l'on ne pourrait pas logiquement envisager pour des ulcères distant de l'orifice hiatal. Nous éliminerons donc la simple coïncidence d'une hernie hiatale avec un ulcère duodénal et l'ulcère de la partie basse de l'estomac, qu'il siège sur la petite ou sur la grande courbure gastrique.

La connaissance de cette association, déjà ancienne, a toujours été l'objet de publications isolées et dans le rapport présenté au 64^e Congrès de Chirurgie, Mouchet et Barraya font état d'une trentaine d'observations publiées dans la littérature mondiale, d'ulcères siégeant au niveau du collet d'une volumineuse hernie hiatale.

Or ce syndrome, comme nous le verrons, offre un triple intérêt :

- *pour le clinicien*, qui devra s'efforcer de penser à l'association sur des particularités cliniques que nous préciserons.

- *pour le radiologue*, qui ne devra pas considérer que son examen est terminé quand il découvre une hernie hiatale.

- *pour le chirurgien* enfin, qui choisira une attitude thérapeutique orientée par les données précédentes.

Sur le plan étiopathogénique, enfin, le problème soulevé par cette association reste encore plus difficile à résoudre. On fait intervenir des mécanismes divers, où la part respective des deux maladies est parfois impossible à distinguer.

HISTORIQUE

En 1929, Collier, Hurst et Sheaf rapportent deux cas de hernies diaphragmatiques associées à un ulcère gastrique, dans les deux cas l'ulcère était situé sur la petite courbure gastrique.

Les auteurs ne relèvent alors que trois observations dans la littérature médicale.

— *Le 1^{er} cas* a été publié par Richard Bright dans les comptes rendus du Guy's Hospital en 1836. Sa malade était une jeune fille de 19 ans chez laquelle la totalité de l'estomac était herniée dans le thorax, et qui présentait des hémorragies digestives répétées. A l'autopsie on constata l'existence de trois ulcères calleux sur la petite courbure de l'estomac.

— *Le 2^e cas* fut rapporté par Hoffman d'Heidelberg en 1917, et présenté comme étant d'origine traumatique, étant survenu dans les suites d'une chute sévère ayant entraîné plusieurs fractures de côtes. Six semaines après l'accident le malade se plaint pour la première fois de troubles digestifs avec vomissements, ces troubles vont persister pendant douze ans, devenant plus sévères et le malade présentera plusieurs hématomèses avant de mourir. A l'autopsie on retrouve une hernie diaphragmatique, associée à un ulcère gastrique situé sur la petite courbure.

— *Le 3^e cas* est rapporté par Key de Stockholm en 1924 qui fut apparemment le premier à montrer l'image radiologique d'un ulcère gastrique dans une hernie hiatale. La preuve opératoire étant apportée ultérieurement, il s'agissait d'un ulcère perforé dans le péricarde, dont la cure chirurgicale fut réalisée par voie thoracique.

A ces trois observations, Collier et Coll. en ajoutaient deux, avec documents radiographiques. Dans les deux cas il s'agissait d'une hernie diaphragmatique gauche contenant environ le

1/3 de l'estomac et montrant un large cratère ulcéré sur la petite courbure, immédiatement sous la coupole, à l'endroit où elle est resserrée par l'orifice de la hernie, au niveau du collet herniaire.

Mais les problèmes particuliers, posés par l'association ulcère gastrique et hernie hiatale, sont mieux connus depuis le premier travail important de Truesdale en 1932 qui réunit dix-sept cas dans une revue complète de la littérature, et apporte un cas personnel.

Dans cette série de 18 malades, comportant 10 hommes et 8 femmes, l'âge variait de 19 à 68 ans, avec une moyenne de 44.

Dans 15 cas, la hernie s'était produite par l'orifice œsophagien et dans 14 de ces cas un ulcère était situé sur la petite courbure de l'estomac au voisinage du hiatus. Dans un cas, l'ulcère érodait une branche de l'artère pulmonaire entraînant une hémorragie terminale.

Depuis cette première étude d'ensemble, de nombreux cas ont été publiés, surtout par les auteurs anglo-saxons :

— Sangster (1936)

— Frank et Hamilton (1941) qui rapportent un cas d'ulcère perforé de l'estomac hernié.

— Steiner (1946)

— Miller et Doub (1949)

— Foa (1958)

Mais il faut surtout citer les travaux de :

— Davidson (1958) qui présente cinq cas d'ulcère du collet accompagnant une hernie hiatale.

— Cruze, Byron et Hill qui montrent en 1959 la fréquence de l'association ulcère gastrique et hernie hiatale et les problèmes chirurgicaux qu'elle pose, à propos de 32 malades opérés.

— et la remarquable étude de Oschner (1961), qui rapporte 15 observations d'ulcères de la portion herniée de l'estomac, sur une série de 1.212 malades porteurs d'une hernie hiatale.

En France, après les premières observations communiquées par :

— Guibal (1946)

— Reboul (1950) qui mentionne un cas de hernie hiatale avec un ulcère du collet associé à un syndrome anémique.

— Bertrand et Girard (1951), qui présentent une hernie du hiatus œsophagien avec niche géante de la petite courbure.

— et l'observation rapportée par Chapuy et Naudin (1952).

Les problèmes posés par ce type d'association ont intéressé gastroentérologues et chirurgiens, et il faut citer les travaux de :

— Barraya (1960) qui sur 73 cas de hernies diaphragmatiques opérées de 1943 à 1960, a relevé 5 ulcères du collet, et étudié les problèmes chirurgicaux que posent leur existence. Problèmes qui seront étudiés à nouveau dans la thèse de

— M^{me} Letourneur (1960).

— En 1961, Milleret rapporte une observation d'ulcère haut situé de la petite courbure sous cardiale, reconnu quinze mois après la cure d'une hernie hiatale par voie thoracique.

— En 1962, Miraucourt étudie dans sa thèse les problèmes posés par l'association hernie hiatale et ulcères du collet à propos de trois observations.

— La même année, dans le rapport présenté au 64^e Congrès de Chirurgie, Mouchet et Barraya, font état d'une trentaine d'observations publiées dans la littérature mondiale.

— En 1963, Cherigie, Goulon et Terquem rapportent une observation d'ulcère du collet découvert seulement à l'intervention chirurgicale,

et Grimoud, Lapeyrere et Malecaze présentent cinq observations de hernies hiatales associées à un ulcère de la petite courbure gastrique, et préconisent une thérapeutique chirurgicale agissant sur les deux lésions, gastrique et diaphragmatique.

— La même année, Sarnelli, présente une observation de hernie hiatale associée à un double ulcère gastrique, l'un de ces ulcères siégeant au collet de la hernie,

et, Sodaro à propos de cinq observations personnelles reprend l'étude de l'ensemble des problèmes que pose l'association ulcère du collet et hernie hiatale.

LES OBSERVATIONS

Notre travail repose sur l'étude de dix observations, ce qui représente un nombre relativement important de cas, si l'on veut bien considérer le petit nombre d'observations retrouvées dans la littérature médicale, surtout en France.

Cinq observations ont été recueillies dans le Service de notre Maître, M. le Professeur M. Girard.

Nous avons pu réunir cinq observations supplémentaires qu'ont bien voulu nous communiquer M. Guillemin et nos Maîtres, MM. les Professeurs Levrat et Vachon.

Chaque observation comporte des éléments cliniques précis, des documents radiographiques indiscutables et le plus souvent des constatations opératoires (neuf malades sur les dix que nous présentons ont bénéficié d'une thérapeutique chirurgicale).

L'idée de ce travail est née après la réunion des documents que nous voulons utiliser et l'on comprendra alors que certains éléments intéressants ne soient pas exploités dans cette étude, en particulier la recherche dirigée des circonstances étiologiques, l'apport du chimisme gastrique, et la pratique de l'œsophagoscopie systématique.

Observation n° 1

M. PER... Francisque, 71 ans.

Est admis dans le Service du Professeur Girard, le 4 septembre 1957, avec le diagnostic d'anémie aiguë post-hémorragique.

On apprend par l'interrogatoire qu'il a un fils traité pour ulcère duodénal certain.

Lui-même présente une histoire ulcéreuse typique remontant à 7 ans. Il accuse des douleurs à type de crampes survenant deux heures après les repas, ces douleurs s'accompagnent de troubles dyspeptiques plus vagues avec éructations, mais sans régurgitations ni vomissements.

Des radiographies faites en 1952, et en 1956, permettent de découvrir une double lésion gastrique.

— Volumineuse hernie par le hiatus œsophagien : la portion herniée semble intéresser toute la grosse tubérosité.

— Image de niche volumineuse de la petite courbure sus-angulaire située au voisinage du collet herniaire.

Le malade a été traité médicalement comme un ulcéreux, et les poussées douloureuses se sont espacées.

Depuis 6 mois, aggravation inquiétante, les douleurs sont continues, avec paroxysmes post-prandiaux et exacerbations posturale lors du décubitus dorsal, mélènas intermittents, anorexie, amaigrissement.

Au moment de son hospitalisation, ce malade, pâle, très affaibli, vient de présenter un mélèna important, avec malaise lipothymique.

La numération globulaire confirme l'existence d'une anémie importante : globules rouges 2.950.000, Hb. 40 %, Vg. 0,67. La formule Leucocytaire est normale. Les tests hépatiques sont normaux (Prothrombine 100 %, l'hématocrite est à 23 %).

De nouvelles radiographies pratiquées à l'entrée confirment la persistance des lésions notées précédemment. On décide de surseoir momentanément à l'intervention et l'on propose un traitement médical anti-ulcéreux et anti-anémique. Ce traitement intensif poursuivi un mois en milieu médical, au repos complet, corrige l'anémie :

G.R. : 4.300.000, Hb. 68 %, Vg. 0,78, mais la niche du collet de la hernie est toujours aussi importante.

L'indication opératoire est donc posée et le malade adressé dans le Service du Professeur Bertrand.

Intervention le 12 octobre 1957 : Dr Guillemin. (A.-G.)

Médiane sus-ombilicale, résection de l'appendice xyphoïde.

Il existe un gros ulcère de la petite courbure noyé dans une gangue de scléro-lipomatose du petit épiploon. On l'abaisse facilement de même qu'on réduit la hernie hiatale dont l'orifice est très visible (3 doigts).

On commence par faire la cure de la hernie hiatale, aux points séparés en U. Et on termine par une gastrectomie étendue à la Polya trans-mésocolique, enfouissement du Duodénum à la soie. Une tuile sous-hépatique, reconstitution de la paroi.

Pièce : Ulcère de la petite courbure, au niveau du tronc de l'arrivée de la coronaire, ayant les dimensions d'une noisette, et dans le fond duquel existe l'orifice artériel thrombosé.

Suites opératoires simples, en dehors d'une complication veineuse à la suite d'une dénudation de la saphène interne gauche, qui a nécessité une résection de la crosse de la saphène interne.

Départ le 23 novembre 1957.

Nous avons revu ce malade en avril 1965 : il a présenté, trois ans après l'intervention, une occlusion par bride, opérée en urgence le 22 août 1960.

Une éviscération en 1963, et une hernie étranglée opérée le 20 décembre 1964.

Actuellement ce malade va bien, il ne souffre plus malgré la récurrence radiologique de la hernie diaphragmatique.

Observation n° 2

Mme SAV... Marie, 71 ans.

Est admise dans le service de M. le Professeur Bertrand, le 9 juin 1959.

Cette malade présente une cypho-scoliose installée progressivement à la suite d'un écrasement thoracique à l'âge de 9 ans.

Elle accuse, depuis 20 ans, des douleurs épigastriques, à type de crampes, survenant par période, deux heures après les repas. Ces douleurs de type ulcéreux sont accompagnées de régurgitations banales aggravées par l'antéflexion du tronc. Elles sont calmées par l'alimentation et, au contraire, accentuées par l'ingestion de mets épicés. On ne note jamais d'hémorragie digestive, les selles sont noires, mais la malade prend régulièrement du Bismuth.

Des examens radiographiques, pratiqués il y a 8 ans, mettaient en évidence une hernie hiatale associée à un ulcère haut situé de la petite courbure.

Depuis un an, malgré un traitement médical anti-ulcéreux, on constate une aggravation indiscutable. Les douleurs ont augmenté d'intensité et s'accompagnent d'une altération profonde de l'état général. C'est devant cette évolution sévère que l'hospitalisation est décidée en milieu chirurgical, et une indication opératoire posée.

Intervention le 17 juin 1959 : D. Guillemin (A.G.).

L.M.S.O. sans résection de l'appendice xyphoïde. Il existe une énorme tumeur ulcéreuse de la face postérieure de la partie haute du corps de l'estomac, qui adhère à la région coéliquale et dont il est difficile de dire qu'il s'agit d'un ulcère ou d'un cancer. Une énorme hernie hiatale, dont l'orifice admet le poing.

On commence par faire une splénectomie de façon à aborder cette tumeur adhérente aisément, et qu'on n'arrive pas à tourner. une fois la splénectomie faite, on s'aperçoit que cette vaste ulcération a son fond constitué par la face antérieure du corps du pancréas.

Dans ces conditions, disposant d'un moignon gastrique réduit, et de qualité médiocre, on se résoud à réaliser une gastrectomie totale. Le Duodénum avait été sectionné, mais conservé ouvert au début de l'intervention, lors de la mobilisation gastrique. On termine, après avoir fait un décollement pancréatique, par une œso-duodénostomie termino-latérale, qui apparaît plus facile qu'une termino-terminale.

Suture en deux plans, points séparés, et au surjet croisé.

Une tuile dans l'orifice de la hernie hiatale que l'on respecte.
Fermeture de la paroi.

Intervention bien supportée.

Durée : 2 h. 30.

Envoi à l'examen d'anatomopathologie : fragment d'ulcération.

Résultat d'examen d'anatomie pathologique : Professeur Guichard, 26 juin 1959 : ulcère chronique de l'estomac avec gastrite inflammatoire extrêmement développée, grosse fibrose de la sous-muqueuse et à distance de l'ulcère, fibrose de la musculuse avec néo-capillaires. Sur les bords de l'ulcère gros épaississement de la musculaire muqueuse. Pas d'épithélioma visible.

Suites simples au point de vue général. Ablation de la sonde au 12^e jour. Réalimentation le 4^e jour. La malade a perdu 7 kg depuis son intervention. Quitte le service le 25 juillet 1959.

Réhospitalisation le 30 septembre 1959 : cette malade qui garde un mauvais état général, accuse des douleurs épigastriques mal précisées, mais surtout une dysphagie basse progressive, avec sensation d'arrêt lors de l'ingestion alimentaire.

Des radiographies sont alors pratiquées, elles montrent un rétrécissement peu serré de la bouche anastomotique.

Cette malade est suivie régulièrement dans le service du Docteur Guillemain où l'on pratique, à intervalle variable, des dilata-tions de l'œsophage terminal.

Observation n° 3

Mme AUM... Clotilde, 58 ans.

Mère de 6 enfants, cette femme au terrain dystonique neuro-végétatif, est une obèse de longue date (76 kg pour 1 m 65).

A l'interrogatoire difficile, on ne retrouve pas d'antécédents ulcéreux familiaux.

Depuis une dizaine d'années, elle se plaint de douleurs, prenant le type de brûlures post-prandiales déclenchées par l'absorption de certains aliments qu'elle a appris à reconnaître. Ces douleurs sont rarement spontanées, elles s'exagèrent dans le décubitus dorsal ou dans l'anti-flexion du tronc, s'accompagnant alors d'essoufflement.

En novembre 1962, à la suite de gros ennuis personnels et après une prise de poids importante (10 kg), les douleurs deviennent permanentes et changent de caractère. Il ne s'agit plus de brûlures, mais de pesanteurs post-prandiales très pénibles, apparaissant une heure après les repas, accompagnées parfois de régurgitations aqueuses plus précoces ou même de vomissements alimentaires qui calment la douleur. Ces douleurs sont pratiquement continues et s'accompagnent d'un retentissement important sur l'état général avec anorexie et amaigrissement. Une hospitalisation est alors décidée dans le service du Docteur Guillemin, le 26 avril 1963.

L'examen clinique est négatif, en dehors d'une vague réaction douloureuse à la palpation de la région sus-ombilicale.

Des radiographies pratiquées à l'entrée dans le service, permettent de mettre en évidence :

— Une énorme hernie hiatale avec ulcère probable, situé à hauteur du collet de la hernie.

— On peut discuter un certain degré de sténose pylorique.

Intervention le 26 avril 1963 (Docteur Braillon) (A.G.).

L.M.S.O. Grosse hernie du hiatus œsophagien. Toute la partie haute de l'estomac est dans le thorax, il existe une ulcération sur la petite courbure au niveau du collet de la hernie, mais au cours de la dissection, on trouve une masse de la taille d'une noix dans le petit épiploon, pédiculée et que l'on prélève.

On se contente de pratiquer la cure de la hernie, fermeture du hiatus par un point en avant et un point en arrière de l'œsophage. Fermeture de l'angle de His par 4 points au nylon.

Splénectomie en raison d'une petite dépéritonisation qui suinte sur le bord interne de la rate. Un drain de Redon dans l'hypochondre gauche, une tuile pré-gastrique. Fermeture, catgut chromé plus métal fin.

Examen anatomo-pathologique n° A.H. 3.045 (Docteur Gilly), le 29 avril 1963 : le ganglion du petit épiploon est œdémateux et inflammatoire sans signes de malignité.

Suites très simples.

La malade quitte le service le 9 mai 1963.

Nous l'avons revue en mai 1965, l'amélioration s'est maintenue, les douleurs ont disparu, et il n'existe plus de régurgitations, l'alimentation est normale.

Observation n° 4

M. BER... Pétrus, 55 ans.

Hospitalisé dans le service du Professeur Levrat, le 18 novembre 1959.

Cet homme présente des antécédents familiaux ulcéreux, puisqu'un cousin germain a été suivi et opéré d'ulcère gastro-duodénal, à localisation multiple. Enfin, son grand-père aurait souffert de l'estomac.

On ne note pas de passé gastritique familial ou personnel. Pas d'intolérance médicamenteuse connue, en particulier, pas d'intolérance à l'Aspirine, pas de consommation appréciable de vin.

Ce malade se plaint, depuis 30 ans, de troubles dyspeptiques : éructations, lenteur de digestion qui peuvent être placées rétrospectivement sur le compte d'une hernie hiatale.

En 1951, syndrome ulcéreux net, ayant fait découvrir l'association d'un ulcère sous-cardial et d'une hernie diaphragmatique importante.

Une première intervention par voie thoracique est réalisée en avril 1952, par le Docteur Heitz.

Thoracotomie de la 8^e côte gauche. Hernie diaphragmatique et poumons adhérents au sac herniaire, on le libère. Orifice œsophagien très large, diaphragme très aminci. Ulcère important de la petite courbure, qui ne peut être enlevé car cela conduirait à une gastrectomie totale. Une opération de Dragstedt est pratiquée. Suture de l'orifice diaphragmatique et de la coupole en plusieurs plans.

A la suite de cette intervention, disparition du syndrome douloureux pendant 4 ans.

En 1956, récurrence douloureuse sous forme d'un syndrome ulcéreux typique.

Une deuxième intervention est alors réalisée par voie abdominale, le 9 novembre 1956, qui tente partiellement de corriger la récurrence de la brèche diaphragmatique et confirme la persistance de la hernie.

En septembre 1958, nouvelle récurrence douloureuse. Le malade accuse maintenant des douleurs thoraciques, transfixiantes, accompagnées de douleurs abdominales, apparaissant une heure après le repas de midi, réveillant le malade la nuit, calmées par la prise d'Aspirine qui est absorbée en grande quantité pendant un an.

Cette nouvelle récurrence conduit à *une troisième intervention*, par voie thoracique, en mars 1959, qui demeure aussi partiellement correctrice (consolidation de la coupole, mais il reste en arrière du péricarde, une brèche importante qu'il est impossible de suturer).

Depuis cette dernière intervention, il persiste une opacité pleurale de la base droite, avec fistule pariétale sur la cicatrice thoracique. Le malade accuse des douleurs abdominales, étendues d'un hypocondre à l'autre sans horaire prandial net, à type de flatulence, soulagées par les éructations. Sans qu'il y ait une

périodicité évidente, le malade a constaté que depuis 3 ans il souffre davantage à l'automne.

Il faut noter que ce malade n'a pas présenté d'hémorragie digestive. A aucun moment on a pu relever de séméiologie du type reflux gastro-œsophagien, ce qui ne surprend pas puisqu'il s'agit d'une hernie para-œsophagienne.

Sur les radiographies actuelles, 20 novembre 1959, on constate :

- L'existence d'importantes séquelles pleurales gauches.
- Une volumineuse hernie diaphragmatique de type para-œsophagien, le cardia est en place.
- La présence de deux ulcères, situés de part et d'autre du collet de la hernie, qui paraît très étroit.

Le bilan biologique est négatif en dehors des réactions de Weber, qui sont positives.

La seule solution valable paraît être une nouvelle intervention chirurgicale, mais celle-ci sera techniquement difficile à réaliser par voie abdominale, du fait des adhérences de la poche thoracique ; par voie thoracique, du fait des deux interventions précédentes et de l'existence de la fistule cutanée. On peut encore avancer, contre l'idée d'une nouvelle intervention, les arguments suivants : le fait que le malade n'a pas suivi de régime jusqu'au mois de septembre 1959, qu'il était un gros fumeur jusqu'à une date récente, enfin et surtout, qu'il absorbait des quantités importantes d'Aspirine dans le double but de soulager sa douleur gastrique et de satisfaire une habitude, car il trouvait le goût de ce médicament très agréable.

Nous n'avons pu revoir ce malade qui est décédé accidentellement il y a trois ans.

Observation n° 5

Mme MOL... Myriam, 57 ans.

Cette malade obèse a subi, en 1947, une sympathectomie thoraco-lombaire et une splanchiectomie bilatérale pour une hypertension reconnue deux ans auparavant.

Un interrogatoire difficile apprend qu'elle aurait un frère soigné pour un ulcère gastrique.

Elle-même présente une histoire ulcéreuse typique remontant à 16 ans, avec deux poussées douloureuses annuelles et une hématomèse certaine est signalée en 1961.

Cet ulcère était situé dans une poche de hernie diaphragmatique et avait subi une évolution calleuse qui a conduit à une intervention chirurgicale.

Intervention le 22 juin 1963 (Docteur Maillet).

A.G. Spiromat.

Thoracotomie gauche 8^e espace. Grosse hernie hiatale du type par glissement, mais sans œsophage court. On perçoit à l'intérieur du sac, nettement au-dessus du collet, une tumeur de la taille d'une noix verte. Après incision du diaphragme, puis du sac, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une tumeur de la petite courbure à trois ou quatre centimètres au-dessous du cardia. Cette tumeur est mobile, sans adhérences de voisinage, elle présente un aspect inflammatoire avec de gros ganglions mous dans la faux de la coronaire.

A travers la paroi, cette tumeur paraît du type ulcéroforme, l'ulcération centrale ayant environ 3 cm de diamètre. Il est impossible de dire s'il s'agit d'un ulcère calleux ou d'un cancer ulcéroforme. Gastrectomie polaire supérieure type Sweet. Un drain pleural, fermeture de la thoracotomie.

Pièce : ulcération peu creusante à fond nécrotique, mesure 3 x 2 centimètres. Elle est entourée d'un rebord assez peu saillant mais induré. L'infiltration s'étend sur 4 ou 5 cm au-delà de l'ulcération, dans toutes les directions. Biopsie.

Histologie (Professeur Feroldi) : ulcère calleux.

L'apparition de vomissements post-opératoires a conduit à faire, un mois plus tard, une pyloroplastie.

Malgré cette intervention, la malade a continué à souffrir de l'estomac (douleurs épigastriques difficiles à faire préciser, accompagnées de vomissements).

Hospitalisation dans le service du Professeur Levrat, le 16 décembre 1963.

Il n'existe pas de troubles graves de l'état général. La V.S. est à 25 %. L'examen hématologique montre une anémie à 3.570.000. Hb. : 11,65 ; valeur globulaire : 1,02 ; plaquettes : 95.000. Les tests hépatiques sont normaux (Prothrombine 94 %).

Sur les clichés gastriques qui sont alors pratiqués, on constate :

- L'aspect normal du moignon gastrique antral.
- Une légère ascension de l'anastomose au-dessus de la coupole diaphragmatique. Le bulbe est méconnaissable, vraisemblablement du fait de la pyloroplastie antérieure.

Depuis sa sortie du service, le 24 décembre 1963, cette malade suit un traitement anti-ulcéreux qui n'a pas apporté de résultats appréciables puisqu'ont persisté, de façon presque continue, des douleurs épigastriques, sans rythme précis, mais prenant plus nettement le caractère de brûlures associées à des régurgitations acides avec éructations et vomissements alimentaires fréquents, presque immédiatement post-prandiaux. La malade précise bien que depuis l'intervention ce sont les brûlures qui dominent, particulièrement lors de l'ingestion alimentaire.

Le 11 août 1964, dans la matinée, survient une hématomérose abondante qui se répétera à plusieurs reprises, nécessitant plusieurs transfusions.

Une nouvelle hospitalisation est décidée dans le service du Professeur Levrat, le 12 août 1964. On constate alors que les troubles de l'état général sont très importants et l'amaigrissement chiffré à 30 kg depuis un an. L'hypothèse la plus probable est celle d'une œsophagite peptique par reflux.

Une œsophagoscopie pratiquée le 25 août 1964 (Docteur Gailard) montre que la source de l'hématomérose est juste à la jonction des deux muqueuses sur l'anastomose, sans que l'œsophagite ne remonte plus haut. Aspect exulcéré et très œdématié de la muqueuse qui saigne au contact.

Le radio-cinéma confirme l'importance du reflux œsophagien.

On décide alors de réintervenir et la malade est confiée au Docteur Maillet.

Intervention, le 14 septembre 1964 (Docteur Maillet).

A.G. Spiromat.

Thoracophrénolaparotomie reprenant l'ancienne incision avec résection de la 8^e côte. Adhérences assez marquées dans l'étage épigastrique et surtout, adhérence assez intime du lobe inférieur pulmonaire à la paroi. On libère, néanmoins, peu à peu, cette symphyse et l'on aborde la région de l'anastomose œsogastrique après incision du diaphragme. On est gêné par la situation un peu basse de l'anastomose, mais l'intervention pourra se dérouler sans que l'on soit obligé de sectionner des côtes sus-jacentes. On libère et on explore l'anastomose, qui est relativement peu adhérente, et qui n'est pas le centre d'un bloc inflammatoire important. L'exploration extérieure de l'œsophage et de l'estomac ne montre rien d'anormal.

Préparation de la deuxième anse jéjunale, qui est sectionnée et dont la partie distale est montée en trans-mésocolique pour exécuter une anastomose en Y.

On sectionne l'œsophage au ras de son implantation gastrique, et l'on suture la brèche gastrique après une exploration digitale de l'intérieur de la cavité gastrique. Celle-ci ne montre rien d'anormal, mais il existe cependant à la sortie de l'estomac, au niveau de la pyloroplastie ancienne, une zone rétrécie et indilatable, qui est probablement en rapport avec les difficultés digestives. Dans ces conditions, on préfère dévier complètement le transit hors de l'estomac plutôt que de risquer une interposition.

Anastomose œso-jéjunale à 3 cm au-dessus de l'ancienne anastomose. On crée un néogastre jéjunal en repliant le jéjunum sur lui-même, et en l'implantant sur le côté latéral de l'anse transposée. Fermeture du diaphragme, suspension de l'anse.

A noter que dès le début de l'intervention la rate très adhérente et assez volumineuse, 300 gr, a dû être enlevée.

Drainage du médiastin et de l'épigastre par un drain de Monod et deux drains de Redon.

Fermeture de la thoraco-phréno-laparotomie.

Les suites opératoires sont excellentes. L'alimentation est tout de suite possible. Reprise de poids de 6 kg en un mois et demi.

Observation n° 6

Mme NEU... Joséphine, 47 ans.

Malade au terrain allergique, soignée pour un asthme ancien, n'a pas d'antécédents ulcéreux familiaux.

En janvier 1963, se plaint de douleurs thoraciques gauches, irradiant dans l'épaule, d'abord intermittentes puis permanentes, d'allure pseudo-angineuse. Le médecin consulté pense d'ailleurs à une affection cardiaque. Après plusieurs mois, ces douleurs persistantes s'accompagnent de manifestations digestives d'allure dyspeptique, nettement influencées par la position penchée en avant, et le décubitus dorsal. La malade est parfois obligée de se lever la nuit pour soulager les douleurs.

Six mois après, apparaissent des régurgitations acides déclenchées immédiatement après l'absorption alimentaire.

Le traitement médical reste inopérant.

Des radiographies pratiquées en septembre 1963, permettent de constater l'existence d'une volumineuse hernie hiatale du type par glissement, avec, au niveau du collet, une grosse niche ulcéreuse.

On n'a jamais constaté d'hémorragie digestive.

Une intervention chirurgicale est conseillée.

Intervention le 20 novembre 1963 (Docteur Gilbertas) (A.G.).

Médiane sus-ombilicale. Exploration de la région cardio-tubérositaire qui montre qu'il existe un gros ulcère de la taille d'une pièce de 5 francs situé à la partie supérieure de la petite courbure, immédiatement sous-cardial, qui est perforé et bouché dans le foie. On abaisse par voie abdominale l'œsophage inférieur et le cardia de façon à explorer correctement la région.

On peut hésiter entre deux solutions possibles :

— Soit faire une gastrectomie polaire supérieure à la Sweet par voie abdominale et réimplanter l'œsophage dans l'estomac.

— Soit faire une exérèse « en selle » de l'ulcère, une reconstitution gastrique et compléter par un Dragstedt avec pyloroplastie. C'est à cette dernière solution que l'on s'arrête, si bien que :

- du point de vue ulcéreux, on fait une résection gastrique « en selle », une fermeture de l'estomac, à points séparés au nylon 00 en un seul plan, complétée de la section des pneumo-gastriques et une pyloroplastie qui est également suturée au nylon 00 ;
- du point de vue diaphragmatique, les piliers sont refermés au nylon 0, par 3 points antérieurs et un point postérieur. L'orifice est bon. On complète par une réfection de l'angle de His à la façon de Lortat-Jacob.

Fermeture pariétale au nylacap n° 2.

Anatomo-pathologie : examen n° 34.426 (Professeur Feroldi).
Estomac : le fragment examiné est bordé par une ulcération à fond fibrino-nécrotique. Au-dessous, s'observe un tissu scléreux fibro-blastique par place, très dense. On voit d'importantes lésions vasculaires surtout veineuses. Il s'agit d'un ulcère calleux, il n'y a pas de signes de malignité.

Les suites immédiates sont simples.

La malade rentre chez elle début décembre. Elle s'alimente normalement.

En janvier 1964, installation de troubles survenant en fin de matinée et à 17 heures, du type syndrome post-prandial tardif avec lipothymies, pertes de connaissance que la malade sent venir ; crises convulsives avec morsure de la langue, à trois reprises.

Une épreuve d'hyperglycémie provoquée est normale.

Un électroencéphalogramme est pratiqué le 31 mars 1964, il ne montre rien d'autre qu'une hyperexcitabilité neuronale avec un recrutement à la S.L.I.

Un traitement médical améliore ces troubles.

En juillet 1964, surviennent, deux à trois heures après les repas, des douleurs épigastriques intenses avec brûlures rétro-sternales accompagnées de régurgitations acides sans influence posturale nette.

Le Professeur Vachon, consulté, conseille alors une hospitalisation dans son service le 8 février 1965. L'examen clinique est négatif.

Un examen en radioscopie télévisée confirme la récurrence de la hernie hiatale et montre l'existence d'une sténose, au niveau de la résection gastrique, qui réalise un estomac biloculaire avec petite rétention de baryte dans la poche supérieure.

La numération globulaire montre une anémie discrète à 3.760.000, Hb. 11,8, Vg. 0,98. Le principe d'une réintervention est envisagé mais on propose une nouvelle thérapeutique médicale.

La malade, revue en mars 1965, se déclare soulagée. Les troubles ont pratiquement disparu depuis quelques semaines. On surseoit donc à la décision opératoire.

Observation n° 7

M. CHA... François, 52 ans.

Hospitalisé dans le service du Professeur Girard, le 13 décembre 1950.

Ce malade, sans antécédents ulcéreux familiaux, présente un syndrome ulcéreux très caractéristique, évoluant depuis 12 ans.

Les premières manifestations douloureuses semblent avoir été déclenchées par la crainte d'être mobilisé en 1939. Depuis cette date il a présenté de nombreuses poussées douloureuses alternant avec des phases de rémission complète.

Sur des radiographies gastriques, pratiquées en 1945 et 1948, on avait retenu l'existence d'une petite niche haut située de la petite courbure gastrique. Nous n'avons pas eu communication de ces clichés et nous ne pouvons dire s'il existait ou non une hernie hiatale associée.

Depuis trois semaines, on note une aggravation indiscutable. Les douleurs sont devenues plus intenses, pratiquement sub-continues, de siège épigastrique et dans la région thoracique inférieure gauche, obligeant même le malade à se comprimer la poitrine pour obtenir un certain soulagement.

A l'entrée dans le service, douleurs atroces, transfixiantes, tabétiformes, ne cédant, de façon temporaire, qu'à l'infiltration splanchnique. Ce sujet en très mauvais état général, a maigri de plusieurs kilos, ayant réduit son alimentation du fait de l'intensité des douleurs.

A l'examen somatique on ne retient que des signes de bronchite chronique avec emphysème et expectoration.

Les radiographies gastriques pratiquées dans le service mettent en évidence :

- Une hernie diaphragmatique intéressant le tiers supérieur de la grosse tubérosité, étant vraisemblablement passée par le hiatus œsophagien.
- Une énorme niche de la partie haute de la portion verticale de la petite courbure gastrique, de type extériorisé à fond viscéral.
- Il ne semble pas exister de lésion duodénale.

Le principe d'une intervention chirurgicale ne se discute pas, mais avant d'envisager une thérapeutique curatrice, il paraît avant tout nécessaire de réalimenter ce malade, de calmer ses douleurs et, de plus, de désinfiltrer cet ulcère géant, ce qui nous paraît possible par gastrostomie trans-pylorique complétée par un traitement d'Oxyferriscorbone.

L'intervention pratiquée le 19 décembre 1950 par le Professeur Bertrand, montre qu'il existe sous le diaphragme une portion

réduite de l'estomac souple et l'on sent à bout de doigt une énorme masse inflammatoire calleuse, fixée au diaphragme. Aucune exérèse n'apparaît possible, et l'on se contente de pratiquer une gastrostomie trans-pylorique sur une sonde de Nélaton n° 24. La paroi est fermée au catgut.

Les suites sont spectaculaires, marquées par la disparition des douleurs, et une reprise de l'état général, si bien qu'au 12^e jour on autorise le départ du malade qui continuera chez lui son traitement médical.

Le 6 janvier 1951, le malade est ramené d'urgence pour un syndrome d'anémie aiguë avec tension à 5. Le traitement comportant la perfusion d'un litre de sang en raison de cet état alarmant. Il est revu dans l'après-midi, semble amélioré, mais dans la nuit, il présentera de nouveau un état d'anémie aiguë avec collapsus et extériorisera par petites gorgées une hémalémèse peu abondante de sang rutilant.

Un traitement précoce et rapide est alors inefficace. Le malade meurt rapidement ayant reçu 1.500 CC³ de sang en moins d'une heure.

Observation n° 8

Mme BE... Nély, 65 ans.

Est admise dans le service du Professeur Girard, le 3 juin 1959.

A l'interrogatoire on retrouve des antécédents ulcéreux certains. Une sœur est soignée pour un ulcère duodénal, son frère pour un ulcère gastrique.

Elle-même présente, depuis sa dernière grossesse, des brûlures ascendantes, à point de départ épigastrique. Ces manifestations évoluent de façon plus ou moins périodique, pouvant s'accompagner de régurgitations acides ou amères, jusqu'en 1952.

Depuis cette date, apparition d'un syndrome douloureux post-prandial tardif évoluant par poussées, de type ulcéreux.

Des radiographies pratiquées alors ne montrent que la présence d'une hernie hiatale.

Un traitement médical proposé permet une amélioration importante jusqu'en 1958. Depuis cette date, nombreuses poussées douloureuses. En mars 1959, les douleurs surviennent à la suite d'un état grippal traité par l'Aspirine. Un mois plus tard, nouvelle crise douloureuse après la prise de Sarpagan administré à la suite d'une poussée hypertensive à 22. Les troubles de l'état général sont alors importants, avec anorexie, amaigrissement, asthénie et sensations lipothymiques, un bilan hématologique est alors pratiqué et l'on constate une anémie hypochrome à 2.700.000. La recherche de sang dans les selles est positive à plusieurs reprises.

De nouvelles radiographies permettent de constater la persistance de la hernie hiatale, du volume d'une orange, mais également l'existence, au niveau du collet de la hernie, d'un volumineux ulcère.

Le Docteur Girard, consulté le 28 mai 1959, pose une indication opératoire et fait rentrer la malade dans son service pour le traitement symptomatique de l'anémie et bilan pré-opératoire.

A l'entrée dans le service, malade très pâle, affaiblie, la V.S. est accélérée à 43 %, il existe un petit souffle anorganique de nature anémique. La tension est à 16/8.

Numération globulaire : G.R. : 3.700.000 ; G.B. : 4.800 ; Hb. : 75 % ; Vg. : 0,94.

Intervention, le 12 juin 1959 (Professeur Bertrand) (A.G.).

Médiane xypho-ombilicale. Femme très grasse. Il existe un ulcère sous-cardial et une cicatrice d'ulcère du bulbe. Réduction facile de la hernie diaphragmatique, mais fermeture très difficile du hiatus œsophagien : pilier gauche très mauvais et pilier droit aplasique (trois points nylon). Devant la présence des deux ulcères, la conduite logique est une gastrectomie des 4/5. Polya-transmésocolique, suture en deux plans au nylon, parois au métal fin. Un drain sous-phrénique. Splénectomie de nécessité.

Pièce : ulcère sous-cardial de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Rien sur la muqueuse du bulbe, mais il existe une cicatrice étoilée, nette et dure sur la face antérieure.

Les suites opératoires ont été troublées par une pleurésie hémorragique gauche, ponctionnée trois fois, qui est devenue séro-fibrineuse. Il persiste encore une petite lame liquidienne au départ du service, le 10 juillet 1959.

Nous avons eu des nouvelles récentes de cette malade (novembre 1964). Cinq ans après l'intervention, cette femme âgée de 70 ans, n'a plus d'ennuis digestifs et mène une vie encore active.

Observation n° 9

M. GER... Roger, 60 ans.

Né en Tunisie, où il a séjourné jusqu'en 1957. Ce sujet obèse (79 kg pour une taille de 1 m 70) a présenté, en milieu colonial, quelques crises de paludisme.

Un frère mort à 52 ans était vraisemblablement ulcéreux.

En 1921, il se plaint de brûlures épigastriques à irradiation ascendante, accompagnées de véritables pyroses avec régurgitations acides. Ces phénomènes n'ont persisté que pendant quelques semaines, ils se sont reproduits 10 ans plus tard. Ce nouvel épisode a été très rapidement résolutif.

En 1940, à la suite d'une hématomérose avec mélæna, un examen radiographique aurait montré l'existence d'un ulcère gastrique.

En 1947, nouvelle hémorragie digestive de grande abondance celle-là, avec perte de connaissance, qui entraîne un nouvel examen radiographique où l'on aurait décelé, cette fois, un ulcère duodénal.

En 1956, le malade se plaint pour la première fois de manifestations douloureuses, douleurs épigastriques post-prandiales tardives avec irradiation dans le dos, évoluant par poussées de 20 à 30 jours.

En juillet 1956, au cours d'une poussée douloureuse, surviennent des mélænas et un nouvel examen radiographique est pratiqué (20 septembre 1956), il permet de mettre en évidence une très volumineuse hernie diaphragmatique avec, vraisemblablement, un ulcère siégeant dans la partie sus-diaphragmatique de l'estomac.

Une indication opératoire est alors posée, mais le sujet n'est pas décidé à l'intervention chirurgicale. Il continue à souffrir jusqu'en 1958.

Le 13 avril 1960, le Professeur Girard est consulté. Le sujet souffre depuis 4 mois, les douleurs sont maintenant continues, irradiées à la pointe de l'omoplate, exacerbées en période digestives. Elles s'accompagnent d'un état nauséux permanent et d'un fléchissement important de l'état général avec amaigrissement.

L'indication opératoire est à nouveau posée et acceptée par le malade.

Intervention, le 3 mai 1960 (Professeur Bertrand).

Incision xypho-ombilicale chez un malade abominablement gras. L'exploration montre l'existence d'une hernie du hiatus très importante à travers laquelle on attire très facilement l'estomac. Sur la petite courbure, vue par sa face antérieure, présence d'un très gros ulcère très inflammatoire sur la portion verticale. Ouverture de l'arrière cavité et l'on a la surprise de trouver la lésion vue par sa face postérieure, avec un aspect typique de néoplasme. D'autre part, la hernie de l'hiatus, que l'on voit dans la profondeur et que l'on sent très bien avec un pilier droit aplasique et un pilier gauche bien meilleur, paraît d'emblée très difficile à fermer chez cet homme horriblement gras, à thorax très large, à orifice diaphragmatique extrêmement profond. On se contente donc, par principe, ne voulant pas traiter la hernie de l'hiatus, de pratiquer une gastrectomie des 3/4, qui est faite de droite à gauche avec de grandes difficultés dues au fait que les épiploons, au moindre contact, saignent abondamment et réalisent des hématomes au sein desquels l'hémostase est très laborieuse. La gastrectomie est ainsi pratiquée après ligature de la coronaire, au ras de son origine. Le méso-colon transverse contient tellement de graisse et est tellement attaché court que l'on termine par une anastomose gastro-jéjunale postérieure, mais pré-colique (Billroth

2) au bouton mixte de Jaboulay Villard sur une anse longue. Une tuile sous-diaphragmatique, parois au métal fin.

— Examen de la pièce : grosses adénopathies coronaires, ulcération très importante surtout développée sur la face postérieure de la petite courbure dans sa portion verticale, ulcération ovalaire de dimensions plus importantes que celles d'une pièce de 5 francs, d'aspect très douteux. Biopsie.

Examen anatomo-pathologique n° 17.359 J/F (Professeur Feroldi), le 12 mai 1960 : muqueuse gastrique présentant des signes de métaplasie intestinale et de façon générale hyperplasique, au-dessous s'observe un épais chorion sous-muqueux, sclérosé et discrètement inflammatoire. Le plan musculaire lui-même est parcouru de travées scléreuses. En définitive cet examen permet de conclure au diagnostic d'ulcère chronique sans signe de malignité.

Les suites opératoires ont été simples.

Le malade a été revu en juillet 1963 à l'occasion d'un épisode fébrile d'étiologie imprécise. Il est en excellent état au point de vue gastrique, ne souffre plus malgré la persistance de la hernie hiatale (radiographies du 22 septembre 1960).

Observation n° 10

Mme Boy... Claudia, 59 ans.

Cette malade, obèse (81 kg pour 1 m 70) est une hypertendue à 18/12, qui présente encore des douleurs rhumatismales et supporte mal l'Aspirine. En 1949, elle a été opérée par le Professeur Santy, par voie thoracique, pour une hernie hiatale fonctionnellement troublée.

Elle se plaignait, depuis deux ans, de douleurs thoraciques avec impression d'étouffement et palpitations. Ces manifestations apparaissaient lors du décubitus dorsal et dans les mouvements d'antéflexion du tronc, elles s'accompagnaient d'éruptions fréquentes qui ne soulageaient pas la douleur et de régurgitations liquidiennes ne paraissant pas acides.

Immédiatement après l'intervention, tous les troubles disparaissent. Cette amélioration va se maintenir pendant 3 ans.

En 1952, à la suite de gros ennuis familiaux, avec état dépressif réactionnel, apparition d'un syndrome douloureux épigastrique d'évolution périodique ; les douleurs sont à type de crampes, typiquement ulcéreuses survenant vers 15 heures et 22 heures. Elles ne sont pas calmées par le décubitus dorsal, mais la prise de Calmagna.

La malade consulte alors le Professeur Girard, le 17 novembre 1954. Au moment de la consultation elle est en pleine poussée

douloureuse depuis 3 semaines, se sent lasse, a maigri de plusieurs kilos, dort mal.

Sur les radiographies gastro-duodénales pratiquées le 4 novembre 1954, le Professeur Girard notait l'existence d'une niche du collet d'une hernie diaphragmatique par le hiatus œsophagien, avec léger mégœsophage.

Un traitement médical anti-ulcéreux fut alors institué. Celui-ci sera poursuivi pendant un an et aura un excellent résultat.

Nous avons revu cette malade en mai 1955, elle se déclare guérie. Les douleurs ont complètement disparu après un an de traitement médical, elle s'alimente normalement sans observer un régime particulier, et mène une vie active.

Nous avons pratiqué de nouvelles radiographies et un examen en radioscopie télévisée qui montrent la persistance de la hernie qui a considérablement augmenté de volume, on ne retrouve pas d'image de niche.

Cette récurrence de hernie hiatale a une traduction surtout radiologique et il est remarquable de constater la parfaite tolérance clinique avec, en particulier, l'absence de manifestations posturales.

CONDITIONS ETIOLOGIQUES

1. Fréquence de l'association ulcère du collet et hernie hiatale

Le nombre des ulcères associés à la hernie hiatale est certainement plus important qu'on ne le croît, et dans les discussions qui suivent les présentations de malades, de nombreux auteurs signalent un ou deux cas personnels qu'ils n'ont pas publiés.

Dans l'appréciation de la fréquence de l'ulcère associé à la hernie, il faut encore remarquer que les chiffres avancés dans diverses statistiques sont à première vue déconcertants, parce que certains auteurs ne parlent que d'ulcères gastro-duodénaux en général, ou bien d'ulcères gastriques sans préciser le siège exact de cet ulcère.

Cruze, Byron et Hill, dans une étude statistique des observations de la littérature, trouvent un ulcère gastro-duodéal associé dans 11 % des 2.724 cas de hernies rapportées.

Dans la statistique de M. Girard on retrouve des chiffres analogues : sur 236 hernies hiatales étudiées de 1950 à 1964, on note 21 ulcères gastro-duodénaux (9%).

Feldman et Myers, analysant 709 cas de hernies hiatales, trouvent 29 cas d'association avec un ulcère gastrique, c'est-à-dire dans 4 % des cas.

La fréquence de l'ulcère localisé au collet de la hernie est encore inférieure. Nous avons rassemblé dans le tableau ci-dessous les chiffres relevés par différents auteurs.

Sur l'ensemble de ces cas, on obtient : 42 ulcères du collet pour 2.384 hernies hiatales, soit 1,8 %.

Auteurs	Hernies hiatales	Ulcères du collet	
		N	%
M. Girard	236	6	2,8
Dagradi	100	5	5
Vachon	125	2	1,6
Lortat-Jacob	221	2	1
Oschner	1.212	15	1,2
Miller	290	6	2
Mouchet	100	3	3
Delannoy	200	3	1,5
	2.384	42	1,8

FRÉQUENCE ÉTABLIE EN NOMBRE ET EN POURCENTAGE DE LA LOCALISATION
AU COLLET DES ULCÈRES ASSOCIÉS AUX HERNIES HIAALES.
STATISTIQUES COMPARÉES

2. Conditions particulières tenant à l'existence de la hernie

1) L'ASSOCIATION A UN ULCERE DU COLLET peut se voir dans toutes les formes de hernie hiatale.

M^{me} Letourneur, dans sa thèse, étudiait vingt-quatre observations et trouve les chiffres suivants :

- 18 cas de hernie par glissement ;
- 5 cas de hernie para-œsophagienne ;
- 1 cas de brachy-œsophage.

Dans notre série, nous ne comptons sur les dix observations analysées qu'une seule hernie para-œsophagienne. Ce chiffre est d'ailleurs en accord avec la fréquence habituellement reconnue pour ce type particulier.

Si le rapport de fréquence de la hernie par glissement et de la hernie para-œsophagienne, est selon Harrington de 2/3 pour 1/3, la fréquence de la hernie para-œsophagienne se réduit encore dans la statistique de Kirklin, 7,5 % et Hafter

(à propos de 300 hernies hiatales étudiées), 1 %. Nous obtenons personnellement le même pourcentage sur une petite série.

2) LE VOLUME DE LA HERNIE intervient certainement :

l'ulcère se rencontre dans les hernies volumineuses, en particulier non réductibles en position debout, comme nous l'avons constaté dans toutes nos observations. Certains auteurs (Barraja), font remarquer que tout se passe comme si l'ulcère fixait la hernie en raison des adhérences.

3) L'ÂGE ET LE SEXE DES MALADES

Il n'est pas surprenant de retrouver ici les données statistiques relatives aux hernies hiatales.

a) *L'âge des malades.*

Les chiffres avancés par les différents auteurs sont pratiquement identiques. Il s'agit d'une maladie de la deuxième moitié de la vie.

Dans la statistique d'Oschner, l'âge des malades varie entre 30 et 80 ans, la moyenne d'âge étant de 60 ans.

Miraucourt, dans sa thèse, retrouve cette même moyenne d'âge, les trois malades qu'il présente ayant respectivement : 51, 58 et 73 ans. Dans notre propre série, nous obtenons les chiffres suivants :

— entre 50 et 60 ans	5 malades
— au-dessus de 60 ans	4 malades
— au-dessous de 50 ans	1 malade

La moyenne d'âge étant de 61 ans.

b) *Le sexe des malades*

La hernie hiatale est classiquement plus fréquente chez la femme. Nous retrouvons cette prédominance du sexe féminin dans notre association.

Dans la thèse de M^{mo} Letourneur, les malades se répartissent ainsi : 17 femmes et 6 hommes.

Miraucourt a réuni dans sa thèse trois observations et il s'agit trois fois de femmes.

Dans notre série, nous dénombrons sept femmes et trois hommes.

4) LES CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES particulières à la constitution d'une hernie hiatale sont parfois retrouvées dans nos observations. Nous devons souligner l'importance toute particulière de l'obésité : nous l'avons retrouvée cinq fois, obésité gênante au moment de l'intervention chirurgicale.

Les troubles de la statique vertébrale sur lesquels ont insisté différents auteurs, en particulier Hillemand, sont retrouvés dans une seule observation, il s'agit d'une cyphoscoliose installée à l'âge de neuf ans, après un traumatisme thoracique.

Nous n'avons pas remarqué la fréquence de l'association à d'autres hernies de faiblesse ou à des troubles endocriniens en particulier l'hypothyroïdie que l'on a pu parfois invoquer.

3. Conditions particulières tenant à l'existence de l'ulcère

1° Les antécédents ulcéreux.

Ils ne font pas l'objet d'attention particulière chez les auteurs qui ont abordé le sujet qui nous préoccupe. Nous avons nous-mêmes retrouvé des antécédents ulcéreux familiaux certains dans cinq observations.

2° Les facteurs déclenchants.

Trois fois on peut penser qu'ils ont joué un rôle dans le déterminisme de la poussée ulcéreuse (dans l'observation n° 8, la malade était traitée par du Sarpagan pour une poussée hypertensive récente, dans les observations n° 7 et 10 on a constaté le rôle des facteurs psychiques).

3° Les délais d'apparition de l'ulcère.

Ils sont difficiles à préciser, cela serait théoriquement possible si l'on disposait d'observations privilégiées où l'on

retrouverait l'enchaînement d'une symptomatologie franche de hernie hiatale et l'apparition secondaire des symptômes de l'ulcère. Mais les hernies hiatales sont souvent latentes et la symptomatologie ulcéreuse au premier plan, ou au contraire la symptomatologie est celle de la hernie hiatale, rien ne permet de reconnaître l'ulcère, qui est alors une découverte radiologique, ou quelque fois opératoire.

Dans trois de nos observations (Observations n° 4, 8 et 9) ce délai d'apparition a été précisé, il est toujours supérieur à dix ans.

4° *Les caractères anatomiques* de l'ulcère du collet.

Ils ont paru très particuliers à un certain nombre d'auteurs qui ont voulu faire de l'ulcère du collet associé à la hernie hiatale un ulcère calleux, volontiers angiotébrant, d'évolution chronique avec de nombreuses adhérences péri-ulcéreuses. Les constatations opératoires confirment cette manière de voir, le chirurgien découvrant souvent une masse d'allure pseudo-tumorale ulcérée, dont il est difficile de dire ce qu'elle est avant l'examen anatomopathologique.

PATHOGENIE

Ce chapitre présente pour nous un double intérêt. Théorique d'abord, puisqu'il se propose d'éclairer le problème plus général de la hernie hiatale, et plus particulièrement de l'ulcère qui demeure encore une maladie mystérieuse, mais aussi pratique, car selon la conception que l'on aura de la signification à accorder à l'ulcère associé à la hernie on pourra choisir une attitude thérapeutique raisonnée.

En 1931, déjà, Mathews et Mac Fee, présentant deux observations d'ulcère gastrique associé à une hernie diaphragmatiques, suggèrent que la hernie pourrait être responsable, non seulement de la création de l'ulcère mais également de sa localisation. Dès lors se trouvent posés deux ordres de problèmes.

— Quelle signification faut-il attribuer à l'ulcère associé à la hernie hiatale ? S'agit-il d'une complication ou d'une simple association morbide ?

— Dans le cas où l'on considère qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, qu'elles peuvent être les mécanismes de création ou d'entretien de l'ulcère ?

1° L'ulcère peut-il être la conséquence directe de la hernie hiatale

Un certain nombre d'arguments ont été avancés en faveur de cette manière de voir.

1 ARGUMENTS TOPOGRAPHIQUES

La localisation au niveau du collet de la hernie hiatale apparaît significative à de nombreux auteurs, en particulier Davidson, pour lequel la majorité des ulcères gastriques

serait localisée sur la petite courbure, en un point voisin de l'orifice hiatal.

2 ARGUMENTS CLINIQUES

Les ulcères se rencontrent plus volontiers dans les hernies fonctionnellement troublées et souvent, depuis plusieurs années, avant que n'apparaissent les premières manifestations de l'ulcère, comme si la production de l'ulcère nécessitait que les perturbations secondaires à l'existence de la hernie puissent s'exercer suffisamment longtemps.

3 ARGUMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les ulcères régressent rarement de façon spontanée, mais peuvent s'effacer par simple correction de la hernie. Davidson, dans les cinq cas qu'il présente, a observé par ce procédé la disparition de l'ulcère.

Dans notre étude, nous retrouvons deux observations où l'on peut envisager des rapports d'étroite dépendance de l'ulcère vis-à-vis de la hernie :

— *Observation n° 3*, où la simple réduction de la hernie a entraîné la guérison définitive de l'ulcère.

— *Observation n° 4*, où dans un premier temps, après cure chirurgicale de la hernie associée à un Dragstedt, on voit disparaître pendant quatre ans l'ulcère du collet. Et dans un deuxième temps, la réapparition du syndrome ulcéreux fait découvrir la récurrence de la hernie. Une deuxième récurrence deux ans plus tard permet de constater l'existence d'un double ulcère du collet. Il semble que l'on puisse bien là parler d'évolution parallèle de la hernie et de l'ulcère.

Nous apportons donc, des documents de valeur pour affirmer la relation de cause à effet, entre hernie et ulcère puisque nos observations, comme celles de la littérature, montrent une évolution parallèle des deux maladies.

2. A l'opposé, compte tenu de la fréquence respective de la hernie et de l'ulcère, l'association n'apparaît-elle pas comme purement fortuite

1 LES ARGUMENTS TOPOGRAPHIQUES

n'ont pas une valeur absolue, car si la localisation de l'ulcère sur la petite courbure est bien la plus fréquente, sa situation au collet de la hernie est plus difficile à apprécier. Compte tenu que :

— *Un ulcère* apparemment indépendant de la hernie peut apparaître comme secondaire quand il est entraîné par l'augmentation de volume de la hernie en voie de développement.

— ou que les phénomènes de rétraction *d'un ulcère* de la petite courbure peuvent réduire les dimensions de celle-ci et rendre difficilement appréciable la situation exacte de l'ulcère.

2 LES ARGUMENTS CLINIQUES

N'ont pas de valeur d'orientation formelle puisque l'on sait que l'ulcère associé à la hernie peut n'avoir qu'une traduction douloureuse de type ulcéreux, la hernie restant latente ou découverte secondairement. On relève, enfin, des antécédents familiaux ulcéreux dans la moitié de nos observations, cette constatation serait peut-être en faveur de la coïncidence fortuite.

3° LES ARGUMENTS THÉRAPEUTIQUES

enfin sont passibles des mêmes critiques. L'acte thérapeutique orienté exclusivement sur l'ulcère est susceptible de donner des résultats très satisfaisants :

— Dans l'*observation n° 10*, il s'agissait d'une récurrence de hernie hiatale simple opérée en 1949, apparemment guérie. Trois ans après, la découverte d'un ulcère du collet sur hernie récidivée, conduit à un traitement médical qui guérit l'ulcère.

Guérison stable après 10 ans, la hernie ayant au contraire augmenté de volume et demeurant parfaitement bien tolérée.

— Ou au contraire, et c'est le cas dans *nos observations* n^{os} 1, 6 et 9, après traitement chirurgical de la hernie, qui a récidivé (1 et 6) ou que l'on a laissée en place (9) on n'enregistre pas de récurrence ulcéreuse.

Ces arguments sont contraires à ceux développés antérieurement, ils tendraient à montrer que la guérison de l'ulcère, par la cure chirurgicale de la hernie, est peut-être purement fortuite.

3. Facteurs déclenchants et facteurs favorisants

Que l'ulcère soit la conséquence directe de la hernie ou qu'il ne représente qu'une association morbide, un certain nombre de facteurs interviennent certainement.

a) LES FACTEURS TRAUMATIQUES

L'origine traumatique apparaît la plus satisfaisante, c'est, en tout cas, celle généralement retenue (Harrington, Mathews, Mac Fee, Barrett).

1° *Le traumatisme local* : répété de la paroi gastrique sur le bord droit du collet herniaire, réaliserait l'ulcère traumatique de Davidson.

Cette auteur explique la localisation de l'ulcère en recourant à des constatations anatomiques :

En effet, suivant la description de Blair (1923), le centre phrénique est formé de quatre bandes diagonales bien distinctes, irradiant de part et d'autre d'un point de décussation central comme les boucles d'une croix de Saint André. Le point central apparaît comme un épais nœud de fibres tendineuses comprimées, situées au devant de l'orifice œsophagien du diaphragme.

Par conséquent, il n'y a pas de possibilités d'élargissement du hiatus dans le sens antérieur aux dépens du centre phrénique.

En outre, le bord antérieur du hiatus est relativement plus résistant et tranchant, il est donc aussi le plus traumatisant. Davidson pense que ce bord antérieur résistant du hiatus semble jouer un rôle traumatique identique à celui joué par le ligament de Gimbernat.

Cet auteur a également fait remarquer qu'une portion de la petite courbure gastrique qui se trouverait distante du cardia de un ou deux pouces, se trouverait contre le bord antérieur du hiatus et c'est précisément à ce point que l'ulcère se développe habituellement.

Dans les cas que rapporte Davidson, il faut surtout retenir l'observation d'une femme de 64 ans opérée pour une perforation d'ulcère gastrique. A l'intervention, on découvrit une hernie para-œsophagienne, l'estomac avait subi une légère torsion, la grande courbure se trouvait contre le bord antérieur du hiatus et c'est à ce point que l'ulcère s'était développé.

Le traumatisme exercé par l'orifice hiatal semble donc être un facteur de localisation de l'ulcère.

A côté du rôle joué par l'orifice hiatal, il faut signaler celui joué par la hernie elle-même. Paulson signale que bien que la taille de la hernie ne soit pas directement en rapport avec les symptômes, il est d'observation courante que lorsque la hernie grossit progressivement, elle s'accompagne plus volontiers de complications surtout chez les gens âgés. Sodaro (1963) souligne également que les dimensions de la hernie interviennent pour augmenter le traumatisme local et les cas exposés dans la littérature impliquent de grosses hernies hiatales. C'est ce que nous avons observé nous-mêmes sur l'ensemble de nos observations.

Mais les phénomènes mécaniques ne se résument pas dans le traumatisme direct de la paroi, il faut encore faire intervenir :

2° *L'étirement des vaisseaux coronaires* entraînant une atrophie de la muqueuse et l'ulcération secondaire par souffrance vasculaire, avec thrombose localisée des veines aboutissant à la muqueuse de l'estomac hernié (Cachin et Pergola). L'aspect macroscopique des lésions est en faveur de cette interprétation. C'est en faisant intervenir ce mécanisme que l'on pourrait expliquer la survenue plus grande d'hémorragies

massives dans les hernies para-œsophagiennes où il existe un élément de torsion supplémentaire.

3° Enfin, Hillemand suggère qu'il pourrait exister, dans ces cas, *un trouble d'origine nerveuse*, dû à l'irritation des plexus au niveau du collet herniaire, et l'auteur se demande si les ulcères ainsi observés ne seraient pas à rapprocher de l'ulcère venant compliquer une affection du système nerveux central.

b) LES MODIFICATIONS DE LA SÉCRÉTION GASTRIQUE

Pourraient également intervenir :

1° L'existence de la hernie crée apparemment des modifications quantitatives et qualitatives de la sécrétion gastrique, c'est ce qu'affirme du moins Belsey, qui constate une élévation rapide de la courbe d'acidité après épreuve à l'Histamine. Cette courbe reprendrait un profil normal après la réduction de la hernie hiatale.

2° Groves, Martinez et Effler font intervenir ce qu'ils appellent la gastrite polaire supérieure par ectopie sécrétoire.

En effet, la partie supérieure de l'estomac incarcérée dans la hernie retiendrait le suc gastrique.

Il s'agit là d'une condition physiologique inhabituelle et, normalement, dans la poche à air la muqueuse est dispensée de ce contact chlorhydro peptique irritant. A ce piègeage, à ce « trapping » concourent la présence du collet herniaire et la pression négative que chaque inspiration entretient dans la poche herniée. Martinez, Effler ont mesuré l'acidité dans cette partie supérieure de l'estomac et trouvé un certain parallélisme entre les poussées d'hyperacidité et l'intensité des signes fonctionnels.

Il s'agirait donc, comme le suggère Marchand, d'un mécanisme d'auto-digestion par les enzymes retenus.

3° De nombreuses critiques ont été avancées quant au rôle du reflux et du suc gastrique au niveau du collet.

Hillemand souligne qu'en cas de reflux on observe au niveau de l'œsophage beaucoup plus souvent des œsophagites ulcérées que des ulcères vrais.

Nous partageons tout à fait cette opinion, et les travaux de Mounier-Kuhn et Jean Gaillard en apportent une preuve supplémentaire. Il n'en reste pas moins que les modifications sécrétoires entraînées par la hernie hiatale pourraient parfois expliquer l'association avec un ulcère du collet, surtout si l'on admet la conjonction de l'ensemble des facteurs.

En définitive, si l'on admet l'étroite dépendance de l'ulcère et de la hernie hiatale, on conçoit bien l'attitude thérapeutique qui consiste à guérir l'ulcère en réduisant simplement la hernie. Etant bien entendu que lors de la réduction de la hernie, on n'élimine pas forcément le seul élément mécanique susceptible d'expliquer l'ulcère.

Toutes ces hypothèses, pour ingénieuses qu'elles soient, n'expliquent pas tout et l'on ne peut être que frappé par la rareté de l'ulcère du collet entre 1,8 et 5 % des cas, et la fréquence de la hernie hiatale.

ETUDE CLINIQUE

L'association hernie hiatale et ulcère du collet ne crée pas, comme on pourrait le penser d'abord, un ensemble symptomatique réunissant les signes propres à ces deux maladies, mais en pratique il convient de faire remarquer que l'une ou l'autre peut demeurer latente, ou au contraire, se traduire par des signes atypiques.

Il n'en reste pas moins que l'ensemble présente une personnalité clinique bien tranchée, souvent dominée par :

- des crises douloureuses paroxystiques ;
- des hémorragies brutales ;
- une profonde altération de l'état général.

I. — Le syndrome douloureux

Les douleurs représentent l'élément clinique le plus constant, mais elles peuvent revêtir des aspects différents et l'on peut décrire deux grands types :

a) LE TYPE ULCÉREUX

1° Miller et Doub, en 1949, écrivent que s'il existe des cas rapportés dans la littérature, dans lesquels les malades se présentent avec une symptomatologie typiquement ulcéreuse, ces cas restent très exceptionnels. A la suite de Truesdale, ces auteurs pensent au contraire que l'ulcère demeure le plus souvent latent et reconnu seulement à l'intervention chirurgicale ou à l'autopsie du malade.

2° Nous ne partageons pas cette façon de voir et pensons, au contraire, que les malades peuvent se présenter d'emblée comme des ulcéreux.

Dans les observations que nous avons étudiées :

— 5 fois, les douleurs sont de nature typiquement ulcéreuse et attirent l'attention (observations n^{os} 1, 2, 5, 7 et 10).

— 3 fois, les douleurs de caractère ulcéreux, complètent une symptomatologie douloureuse préexistente que l'on peut rapporter à l'existence d'une hernie hiatale (observations n^{os} 8 et 9), ou une symptomatologie plus atypique faite de troubles dyspeptiques (observation n^o 4).

La symptomatologie douloureuse est alors faite de crampes épigastriques haut situées, dans la région rétro-xyphoïdienne, très souvent transfixiantes, irradiant dans le dos, elles pourraient alors traduire une perforation bouchée de l'ulcère sur les plans postérieurs.

La douleur apparaît toujours chez le même malade dans le même délai de une à cinq heures après les repas. Elle est soulagée, dans une certaine mesure, par le décubitus et par la médication anti-ulcéreuse. La périodicité évolutive est très variable d'un sujet à l'autre.

b) LE TYPE SYMPTOMATIQUE HABITUEL DE LA HERNIE HIATALE troublée où rien ne permet de faire le diagnostic d'ulcère du collet, doit être également bien connu.

1° Nous l'avons retrouvé deux fois dans les 10 observations que nous avons étudiées (observation n^{os} 3 et 6), mais nous avons vu précédemment que dans 3 observations, avant l'apparition de l'ulcère, les douleurs présentées par les malades étaient également de ce type et devaient logiquement être rapportées à l'existence d'une hernie.

2° Les douleurs épigastriques haut situées, parfois rétro-xyphoïdiennes, à irradiation plutôt ascendante, prennent généralement le type de brûlures plus ou moins intenses.

L'horaire de ces douleurs n'est pas fixe, elles surviennent plus volontiers en période digestive, tôt après les repas, souvent nocturnes. Elles sont modifiées par certaines positions du sujet et leur survenue posturale est beaucoup plus caractéristique que leur horaire. Toutes les positions qui ont tendance à augmenter la pression intra-abdominale, font saillir la hernie et déclenchent la douleur, ainsi la flexion du tronc en avant

(signe du lacet de soulier de Hillemand) de même que les efforts de toux, le décubitus ventral augmentent ou font naître la douleur.

Ces douleurs s'accompagnent souvent d'un pyrosis postural qui, à vrai dire, est la traduction clinique du reflux gastro-œsophagien. Il se manifeste tantôt sous une forme mineure, faite de brûlures rétro-sternales plus ou moins croissantes, tantôt sous une forme plus complète avec brûlures intenses et régurgitations acides, voire même alimentaires. Ici encore les irradiations sont ascendantes et l'antéflexion du tronc ou le décubitus déclenche des phénomènes qui sont calmés par la station debout.

Les régurgitations seules, sans douleur, ni pyrosis, se produisent parfois dans le décubitus, mais les vomissements sont exceptionnels.

Enfin, la dysphagie est moins rare qu'il n'est classique de le dire (Brette) capricieuse de siège bas, elle est paradoxale, moins marquée pour les solides que pour les liquides.

c) A CÔTÉ DE CES DEUX GRANDS MODES d'expression douloureuse la hernie diaphragmatique, même associée à un ulcère du collet, peut offrir une symptomatologie d'emprunt.

1° Parfois on ne retrouve à l'interrogatoire, même bien conduit, que des troubles dyspeptiques banaux accompagnés d'éruptions acides, d'aérophagie, déclenchés ou exagérés par certains aliments et qui peuvent être considérés comme d'origine hépatobiliaire ou neuro-dystonique.

2° Plus trompeuses encore, les manifestations douloureuses peuvent orienter vers une affection cardio-vasculaire. Une de nos malades (observation n° 6), fut d'abord considérée comme une authentique coronarienne, elle présentait des précordialgies de caractère constrictif, irradiant dans le membre supérieur et vers la région cervicale. Dans de tels cas, un interrogatoire soigneux fera préciser que la douleur est surtout postprandiale, survenant indépendamment de l'effort et incitera à rechercher les signes habituels de la hernie et à procéder à un examen radiologique complété si besoin d'un électrocardiogramme. Si l'on connaît bien ces circonstances de découverte de la hernie hiatale habituelle, il est intéressant

de noter qu'une hernie hiatale compliquée d'ulcère souvent volumineux, peut se traduire longtemps par des symptômes qui n'attirent pas l'attention sur l'appareil digestif.

d) Enfin, Groves, Martinez et Effler ont essayé d'isoler ce que l'on pourrait appeler *la gastrite polaire d'incarcération herniaire* dont nous parlions plus haut. Ici la douleur serait précoce, surviendrait après les repas abondants, son irradiation serait plutôt épigastrique et précordiale, exacerbée dans le décubitus qui accentue le piègeage, elle ne se produit pas quand l'estomac est vide. Il existe peut-être une relation de cause à effet, entre cette gastrite et l'ulcère, et l'on rejoint ici les hypothèses pathogéniques de l'ulcère gastrique lui-même.

Ainsi, les manifestations douloureuses, quand elles s'apparentent à la pathologie digestive permettent de distinguer deux grandes catégories de malades :

— Ceux, et nous pensons qu'ils représentent la majorité, c'est au moins le cas dans les observations que nous avons étudiées, qui se présentent avec une histoire douloureuse de type ulcéreux.

— Et ceux qui expriment leur souffrance comme des hernies diaphragmatiques troublées, que l'on reconnaît à leurs symptômes habituels.

Cette distinction nous paraît avoir une grande valeur séméiologique susceptible, en tout cas, d'orienter les indications thérapeutiques, comme nous aurons l'occasion de le voir.

II. — Les hémorragies

Parmi les causes d'hémorragies digestives extériorisées sous forme d'hématémèse ou mélæna, l'ulcère gastrique et, à un degré moindre, la hernie hiatale, constituent des étiologies actuellement bien connues. Quand se trouve réalisée l'association de ces deux maladies, on peut s'attendre logiquement à voir augmenter le risque hémorragique.

1° C'est ce qui apparaît à l'analyse de nos observations puisque dans notre série de 10 malades, nous dénombrons 4 cas d'hémorragies digestives (observations n^{os} 1, 5, 8 et 9).

— Il s'agissait d'hémorragies graves, immédiatement menaçantes dans l'observation n° 1. Le malade était hospitalisé avec le diagnostic d'anémie aiguë post-hémorragique (numération globulaire 2.950.000 Hb. 40 %, Vg. 0,67). Il présentait depuis plusieurs mois des mélènas intermittents et répétés depuis plusieurs jours. Dans les 3 autres observations, les hémorragies étaient moins alarmantes et se présentaient de la manière suivante :

— Dans l'observation n° 5, une hématomèse isolée de moyenne abondance deux ans avant l'hospitalisation.

— Dans l'observation n° 8, des mélènas avec signes cliniques et biologiques d'anémie (G.R. 2.700.000).

— Dans l'observation n° 9, hématomèses franches suivies de mélènas, ou mélènas isolés depuis 20 ans.

Dans les 6 autres observations, nous n'avons relevé aucune hémorragie digestive, cliniquement il n'existe pas de signes d'anémie et les examens hématologiques, pratiqués chez quatre malades, ne permettent pas de parler d'anémie hypochrome.

2° Si l'on s'en réfère aux observations publiées, qui sont d'ailleurs relativement rares, tant en France qu'à l'étranger, on retrouve la fréquence du risque hémorragique chez plus de la moitié des malades.

Miller et Doub, à propos de 6 observations, signalent cinq fois l'existence de mélènas.

Davidson constate 4 hémorragies digestives dans 5 cas présentés.

Monges, en 1960, présente 2 observations de malades ayant eu des hématomèses graves.

Grimoud et Lapeyrère signalent 3 hémorragies digestives à propos de 5 observations.

Sodaro, en 1963, a rencontré l'association hernie hiatale et ulcère du collet 5 fois, il a noté des hémorragies dans 3 cas.

Miraucourt, dans sa thèse (1962), a constaté des hémorragies dans les 3 observations qu'il a étudiées.

3° Les mécanismes que l'on peut invoquer à l'origine de l'hémorragie, dans l'association hernie hiatale et ulcère du

collet peuvent se discuter en fonction de ce que l'on sait de la pathogénie de l'hémorragie dans l'une ou l'autre affection.

— DANS LA HERNIE HIATALE

a) *Le suintement hémorragique au niveau du collet* enflammé de la hernie a pu être rendu responsable de certaines formes anémiques se traduisant alors par la positivité des réactions de Weber. Mais, quand ces recherches sont négatives, on a pu parler de formes anémiques pures et invoquer alors des troubles plus complexes du métabolisme du fer.

b) *Des hémorragies macroscopiques et abondantes ont été signalées*, mais c'est une éventualité beaucoup plus rare. Il s'agirait, dans ces cas, moins d'hémorragies par striction de l'estomac au niveau de la hernie que d'œsophagite hémorragique par reflux gastro-œsophagien. C'est dans de tels cas qu'il est intéressant de pratiquer une endoscopie pour authentifier les ulcérations ou les taches purpuriques qui sont la source vraisemblable de l'hémorragie. Nous avons une observation où de telles constatations endoscopiques confirment cette manière de voir. La soudaineté et le caractère épisodique du saignement ont fait évoquer une pathogénie vaso-motrice au moins pour certaines hémorragies.

— DANS L'ULCÈRE

Les constatations anatomiques permettent de rattacher l'hémorragie :

— Soit au saignement en nappe des berges de l'ulcère et de la zone inflammatoire qui l'entoure.

— Soit à l'ulcération d'un vaisseau au fond du cratère pénétrant d'un ulcère calleux.

4° La fréquence du risque hémorragique.

— Dans l'ulcère elle est diversement appréciée suivant les auteurs et selon le mode de recrutement des malades. La statistique d'Ivy, Grossman et Bachrach réunissant 23.942 ulcères

gastro-duodénaux retrouve 5.984 hémorragies, soit une moyenne de 25 %.

Dans les statistiques françaises le pourcentage est comparable : 15,6 % selon Lambling, 14,7 % selon Haguénauer (Thèse Lyon 1958), 28 % selon Martin (Thèse Lyon 1960).

— Dans la hernie hiatale ce risque apparaît inférieur.

Vachon et Juvanon 12 % (6 hémorragies sur 50 malades porteurs de hernie).

Joubaud 14 %.

Sodaro 16 % (à propos de 54 observations).

Il apparaît donc que le risque hémorragique dans les deux affections, pour inégal qu'il soit, reste très élevé, mais ces chiffres sont inférieurs à ceux que l'on obtient dans l'association hernie hiatale et ulcère du collet, puisque nous trouvons 4 hémorragies digestives importantes dans les 10 observations que nous avons étudiées, mais nous nous interdisons, étant donné le petit nombre des observations rapportées, d'établir un pourcentage et de vouloir avancer un argument d'ordre statistique. Dans une de nos observations, le mécanisme du saignement est certainement l'œsophagite hémorragique par reflux, comme en témoignent les données endoscopiques. La séméiologie au moment du saignement était celle d'un syndrome de reflux gastro-œsophagien (observation n° 5).

Dans 3 observations, l'origine du saignement était certainement l'érosion vasculaire au niveau de l'ulcère du collet, ce que confirment les données opératoires qui montrent qu'il s'agit d'ulcères calleux angio-térébrants dont la bénignité n'a été affirmée que par l'examen anatomo-pathologique.

Cliniquement, il est remarquable de constater que la séméiologie dans les trois cas considérés était celle d'un ulcère typique, le caractère récidivant de l'hémorragie étant une des particularités de l'ulcère.

Ces constatations, tant cliniques qu'anatomiques, permettent raisonnablement de penser que dans la plupart des cas, c'est l'ulcération qui est responsable de l'hémorragie.

En conclusion, nous pouvons dire que l'association hernie hiatale et ulcère du collet augmente le risque hémorragique et ceci plus parce qu'il s'agit d'un ulcère que d'une hernie. Cette

notion mérite d'être bien connue, car elle a une portée pratique et la constatation d'une hernie hiatale chez un malade qui a saigné, impose, avant d'admettre la seule responsabilité de l'ectopie gastrique, la recherche systématique d'un ulcère associé dont la localisation au collet de la hernie est peut-être plus fréquente que celle habituellement avancée.

III. — L'altération de l'état général

est parfois très marquée chez ces malades. Elle représente un autre élément de présomption en faveur de l'association hernie hiatale et ulcère du collet, surtout quand elle accompagne les manifestations douloureuses et les hémorragies.

Tous les auteurs qui ont rapporté des observations de ce type d'association insistent sur l'amaigrissement parfois considérable de ces malades qui réduisent souvent volontairement leur alimentation dans le but de soulager leurs douleurs.

Dans notre propre série, nous avons constaté une altération sévère de l'état général dans 5 cas.

IV. — Les perforations

Elles sont rares et représentent évidemment une complication de l'ulcère associée à la hernie. Elles peuvent être l'aboutissement de poussées antérieures ou représenter la première manifestation d'un ulcère latent, qu'elles permettent alors de reconnaître.

La perforation peut se produire à l'étage thoracique (comme dans une observation rapportée par Oschner) ou à l'étage abdominal, réalisant alors :

— Un syndrome péritonéal aigu, avec douleurs intenses et contractures. L'examen radiologique montrant la présence d'air sous les coupes diaphragmatiques.

— Plus intéressant est le problème de l'ulcère perforé bouché au niveau des gros vaisseaux, comme l'avait déjà signalé Barrett en 1954, ou dans un organe plein (le foie dans une de nos observations - n° 6) très souvent dans les piliers du diaphragme.

En dehors des cas où la symptomatologie est modifiée de ce fait, le diagnostic reste difficile, et n'est souvent fait que lors de l'intervention chirurgicale.

EN CONCLUSION, nous voulons répéter que les malades se présentent en pratique :

— Soit comme des ulcéreux, et la symptomatologie de type herniaire reste au second plan.

— Soit, au contraire, comme des hernies hiatales, fonctionnellement troublées, l'ulcère du collet étant alors muet.

Certains auteurs (Miraucourt, Sodaro) insistent sur le schéma évolutif suivant :

— Symptomatologie hiatale depuis de longues années et apparition secondaire de douleurs intenses de nature ulcéreuse et éventuellement hémorragies digestives.

Quoi qu'il en soit, et sans attendre une évolution aussi schématique, certains symptômes doivent attirer l'attention et faire soupçonner l'ulcère associé, ce sont les grandes hémorragies digestives qui peuvent être le signe d'appel, ou les manifestations douloureuses très nettes avec crampes épigastriques de caractère ulcéreux. Mais si l'analyse des douleurs et la survenue d'hémorragies digestives peuvent faire suspecter l'ulcère, c'est l'examen radiologique qui apportera la certitude et permettra de localiser l'ulcère au niveau du collet herniaire.

Evolution générale

L'évolution spontanée de l'association hernie hiatale et ulcère du collet procède des deux facteurs qui conditionnent la maladie. Mais, en général, l'association est mal supportée. Les observations que nous avons étudiées nous ont appris à reconnaître dans l'ulcère associé à la hernie une véritable complication à potentialité évolutive particulière. Elle conduit généralement à des complications graves, dont la plus importante reste l'hémorragie digestive. La littérature médicale comporte un grand nombre de cas ayant évolué spontanément vers la mort.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

La connaissance radiologique des hernies hiatales date des travaux d'Akerlund, en 1926, et des controverses nées de la définition du type III, c'est-à-dire de la protrusion de l'estomac et du cardia au-dessus du hiatus, avec œsophage de longueur normale.

En 1940, Harrington apportait une importante contribution radio-clinique à cette question.

Dans ces dernières années, de très nombreuses publications ont été consacrées à l'étude radiologique des hernies hiatales de l'adulte, en particulier celles de Nemours-Auguste, Hillemand P., Lortat-Jacob J.-L. et Monges qui étudient le problème encore controversé du repérage radiologique de l'hiatus œsophagien.

La classification d'Akerlund reste radiologiquement valable :

- Type 1 : œsophage court ou devenu court.
- Type 2 : cardia en place avec hernie para-œsophagienne.
- Type 3 : cardia sus-diaphragmatique avec hernie volumineuse ou intermittente.

Dans le type 3, l'œsophage est de longueur normale. Il faut souligner qu'il existe des formes de passage entre le type 2 et le type 3, et éventuellement chez le même malade.

Actuellement, avec Hillemand et Lortat-Jacob :

On préfère classer à part le brachyœsophage, d'ailleurs fort rare. On parle donc :

— *De hernies para-œsophagiennes* (correspondant au type 3 d'Akerlund) où la grosse tubérosité s'engage le long de la face gauche de l'œsophage, le cardia restant en place. Ce sont les plus rares (10 % des cas).

— *De hernies cardio-œsophagiennes* ou hernies par glissement où la partie haute de l'estomac coulisse à la suite du

cardia dans l'anneau hiatal. Ce sont les plus fréquentes (90 % des cas). Ces hernies peuvent être volumineuses et permanentes avec cardia manifestement thoracique et œsophage flexueux (type 3 d'Akerlund).

Debray et Hardouin pensent que la fréquence de ces hernies hiatales par glissement est très grande et également que leur rôle pathologique est considérable.

Ces auteurs ont même la conviction que de toutes les maladies organiques de l'estomac, les hernies hiatales viennent par ordre de fréquence immédiatement après les gastrites et bien avant les ulcères et les tumeurs.

La fréquence respective de l'ulcère gastrique et de la hernie hiatale est bien difficile à apprécier et surtout celle-ci apparaîtra différente si l'on s'adresse à un radiologue ou à un clinicien, car si l'ulcère a une traduction clinique douloureuse qui amène le malade à consulter, on ne peut oublier que le plus souvent la hernie hiatale est latente cliniquement. Il s'agit alors d'une découverte radiologique fortuite à l'occasion d'un examen systématique ou justifiée par une symptomatologie digestive atypique.

Nous estimons donc que si tout examen radiographique de l'estomac doit, pour être complet, comporter un temps spécial de recherche de la hernie, il est de bonne règle, lorsque l'on découvre radiologiquement une hernie hiatale, de ne pas lui attribuer, sans complément d'enquête, des troubles digestifs présentés par le malade.

Nous voulons par là même souligner l'intérêt des examens « dirigés » et attirer l'attention sur la recherche de l'ulcère gastrique associé, dont la fréquence nous a paru suffisante pour en entreprendre l'étude, surtout dans sa localisation au niveau du collet herniaire ou au voisinage immédiat de la coupole diaphragmatique gauche.

La mise en évidence de cette lésion associée rend plus significative la découverte de la hernie et permet de lui accorder une valeur séméiologique bien plus grande.

Depuis la première observation de Key, de nombreux auteurs ont apporté des documents radiographiques d'ulcère du collet et insisté sur la difficulté que l'on éprouvait parfois à mettre en évidence cet ulcère associé à la hernie (Foa, Reboul,

Cherigie). En 1961, Oschner consacre à cette question un article particulièrement bien documenté.

L'apport récent du radiocinéma et surtout de la radioscopie télévisée devrait être très intéressant dans cette recherche souvent difficile.

I. — La recherche de la hernie

a) *L'examen radioscopique et les clichés thoraciques standards* montrent parfois une clarté gazeuse arrondie, se projetant de face sur l'ombre cardiaque, et de profil en arrière d'elle ou encore une opacité latéro-cardiaque refoulant le cœur à droite et postérieure de profil. Il n'est pas toujours facile de savoir si ces images sont sus- ou sous-diaphragmatiques. Elles n'existent que dans les hernies volumineuses et permanentes. Elles peuvent prêter à confusion avec une image hydroaérique pleuro-pulmonaire (Abcès. Hydropneumothorax). Elles imposent de toute façon, après examen de la cinétique phrénique :

b) *L'examen baryté.*

La recherche d'une hernie hiatale nécessite deux clichés en Trendelenbourg, l'un sur le ventre, l'autre sur le dos, les deux en incidence oblique antérieure droite, ventre rentré.

Lorsqu'il existe une hernie, elle apparaît sur les clichés comme une opacité arrondie ou ovalaire, siégeant au-dessus de la partie interne de la coupole diaphragmatique gauche. Ses bords sont réguliers, souvent asymétriques, avec encoche fréquente sur le bord gauche. Son pédicule, le plus souvent rétréci, franchit le diaphragme, sa longueur peut renseigner sur le degré de la béance hiatale. Quand la poche herniée est volumineuse, se trouve réalisée une image en bissac, la partie rétrécie correspondant au diaphragme. En semi-réplétion, on distingue le prolongement des plis gastriques dans la poche herniée. Le collet est souvent marqué par de multiples et larges plis parallèles.

On s'efforcera de préciser le siège du cardia pour essayer de distinguer les hernies par glissement des hernies para-œsophagiennes.

Dans les premières, les plus fréquentes, l'œsophage semble s'implanter au sommet de la hernie ou latéralement.

Dans les secondes, l'œsophage reste en place dans l'abdomen et l'on voit la saillie d'une partie de la grosse tubérosité le long de l'œsophage, mais à distance de lui.

Cependant, le diagnostic entre ces deux variétés n'est pas toujours facile.

En réplétion incomplète, une coulée barytée peut traverser une hernie cardio-œsophagienne et faire croire à un cardia-abdominal.

En réplétion complète, au contraire, une hernie para-œsophagienne peut se projeter sur l'œsophage et faire croire à un cardia thoracique.

Il paraît donc indispensable, après opacification de l'œsophage, d'examiner alors le malade en radioscopie télévisée sous toutes les incidences, et plus particulièrement en profil strict, pour essayer de dégager l'œsophage et le cardia de la poche herniaire.

Enfin, dans les hernies par glissement, du fait de l'ascension du cardia, l'œsophage décrit une ou plusieurs sinuosités avant de s'aboucher dans l'estomac. Mais l'œsophage peut sembler rectiligne et paraître gagner directement le pôle supérieur de la hernie. En fait, des incidences obliques révèlent une flexuosité terminale se masquant derrière la hernie. Il est rare que l'œsophage soit vraiment raccourci et rigide, on discutera alors du caractère congénital ou acquis de ce brachy-œsophage.

L'examen sera complété par la recherche d'un reflux gastro-œsophagien, après avoir éliminé l'erreur d'un reliquat d'opacification par ingestion. Cette recherche comporte surtout une étude radioscopique minutieuse :

- soit en Trendelenbourg, ventre rentré ou au cours des secousses de toux ;
- soit même en position debout au cours des manœuvres d'agenouillement ou en profil en faisant pencher le malade en avant éventuellement.

Dans la série de malades que nous étudions, le diagnostic de hernie hiatale n'a présenté aucune difficulté : il s'agissait

de hernies volumineuses non réductibles. Nous n'avons pas eu à dépister de petites hernies intermittentes ou d'existence discutable. Il s'agissait neuf fois de hernies par glissement, une seule hernie para-œsophagienne semble vraisemblable (ce qui correspond à la répartition habituellement reconnue).

II. — La recherche de l'ulcère associé

Représente le temps difficile de l'examen, il est bien évident qu'il apporte de meilleurs résultats s'il est réalisé avec l'intention de rechercher et de mettre en évidence la niche ulcéreuse. C'est assez dire la nécessité qu'il y a de soupçonner tout au moins son existence sur les données de la clinique.

Nous envisageons ici les ulcères gastriques développés au niveau du collet de la hernie ou immédiatement au voisinage de la coupole diaphragmatique dans la portion herniée ou sur la petite courbure gastrique.

a) Il est souvent nécessaire de recourir à des techniques particulières pour mettre en évidence la niche :

— La recherche radiologique doit s'effectuer en radioscopie, télévisée de préférence, sur le patient debout et couché en le faisant tourner lentement d'un côté à l'autre pour étudier la hernie sur toutes ses faces. En position debout, il faut tenter d'obtenir une réplétion barytée suffisante de l'estomac et de la hernie pour que la baryte puisse distendre la niche, c'est dire qu'il faudra faire boire le malade en grande quantité, s'aider des manœuvres de contraction de la sangle abdominale et au besoin comprimer le bas-fond gastrique.

Cet examen nous paraît le plus important, car en procubitus comme en décubitus l'estomac se télescope quelque peu sur lui-même et la niche est beaucoup plus difficile à mettre en évidence. Ce n'est alors souvent que lorsque l'estomac sera demi-évacué que la niche apparaîtra.

Il sera souvent utile de remplir à nouveau l'estomac en décubitus puis de redresser rapidement le sujet dans l'espoir de saisir l'image de la niche « gardant la baryte ».

— Des clichés seront pratiqués à la demande dès que la niche aura été repérée en radioscopie. C'est souvent en O.A.D., parfois en O.A.G. (ce cliché est souvent le plus utile pour Oschner) ou même de profil que celle-ci apparaîtra.

Une autre technique complémentaire consiste à distendre la poche à air par insufflation gazeuse, soit au moyen d'une sonde, soit au moyen d'une potion effervescente (potion de Rivière).

En fait, il existe souvent assez d'air dans le segment hernié pour produire un contraste air-baryte suffisant à l'étude du relief muqueux.

Le problème de la technique de recherche de l'ulcère sur hernie opérée et récidivante est encore compliqué du fait des remaniements post-opératoires qui ont modifié la coupole phrénique et gênent le repérage, pouvant même changer quelque peu l'aspect habituel de l'estomac, à plus forte raison si on a réalisé une vagotomie.

b) La traduction radiographique de l'ulcère est représentée dans cette situation, comme ailleurs, sur le tractus digestif par la niche ulcéreuse, image par addition sur le contour muqueux.

L'ulcère peut être de taille variable : il est parfois petit et difficile à voir : petit éperon vu de profil quand on obtient des vues tangentielles au rebord muqueux ; petite tache barytée quand il est vu de face, difficile à distinguer d'une simple rétention de baryte entre deux plis muqueux. La convergence des plis vers l'ulcère sera alors un signe radiologique d'un précieux secours. Mais après un certain temps d'évolution, l'ulcère finit par donner une image par addition plus importante sur le profil muqueux. Les clichés pris en réplétion permettent alors d'obtenir des vues très frappantes de la niche de face comme de profil.

Dans notre série de dix malades, nous possédons des documents radiographiques dans tous les cas. L'ulcère fut reconnu dans neuf cas. Il s'agissait de grosses niches du collet herniaire et l'on sait que les plis muqueux qui s'engagent à travers l'orifice hiatal sont habituellement bien vus et les ulcères situés à ce niveau ne doivent pas échapper à un examen attentif.

Pourtant il faut bien retenir qu'une niche ulcéreuse même très volumineuse peut être très difficile à reconnaître :

— Soit parce que l'image par addition étant trop grande, on peut douter de la réalité de l'ulcère. Oschner rapporte le cas d'un malade où l'on a pris initialement le cratère ulcéreux pour le contour normal de la hernie. L'étude attentive des clichés, après l'apport des renseignements cliniques et les données de la gastroscopie, confirmait le diagnostic d'énorme ulcère gastrique.

— Soit parce que l'image de la niche échappe vraiment à l'examen radiologique.

Cherigie, Goulon, Terquem rapportent l'observation d'une très importante hernie hiatale étudiée par les méthodes radiographiques habituelles et le radiocinéma dans d'excellentes conditions où ce n'est qu'à l'intervention, une fois la hernie réduite que l'on découvrit au bord interne de la petite courbure un très volumineux ulcère de 3 cm de diamètre. Nous avons nous-mêmes éprouvé les mêmes difficultés dans une observation.



FIGURE 1. — Volumineuse hernie par le hiatus œsophagien, du type par glissement. Belle image par addition située au voisinage du collet herniaire.



FIGURE 2. — Hernie hiatale récidivée. Présence de deux ulcères situés de part et d'autre du collet de la hernie, qui paraît très étroit.



FIGURE 3. — Hernie diaphragmatique intéressant le tiers supérieur de la grosse tubérosité, du type hernie hiatale par glissement. Volumineuse niche de la partie haute de la portion verticale de la petite courbure gastrique, immédiatement au-dessous du collet de la hernie.



FIGURE 4. — Hernie hiatale récidivée. Niche du collet.



FIGURE 5. — Volumineuse hernie hiatale du type par glissement, avec au niveau du collet, une grosse niche ulcéreuse.

THERAPEUTIQUE

Dans l'association ulcère du collet et hernie hiatale, les problèmes thérapeutiques qui se posent sont nombreux et le plus souvent difficiles à résoudre. Les solutions envisagées seront largement empruntées à ce que l'on sait du traitement de l'une ou l'autre affection.

I. — Les possibilités du traitement médical

Elles apparaissent ici réduites, compte tenu de ce que nous savons de l'allure évolutive de l'association et des complications fréquemment rencontrées chez ces malades.

Nous ne développerons pas ce chapitre qui est celui bien connu de la thérapeutique anti-ulcéreuse et de la hernie diaphragmatique.

1° *Le traitement anti-ulcéreux :*

Le traitement de l'ulcère du collet est celui de l'ulcère gastrique en général. On utilisera les pansements gastriques, les alcalins, les anti-spasmodiques et les injections intra-veineuses d'Oxyferriscorbone, dont l'effet anti-inflammatoire est particulièrement souhaitable dans l'ulcère localisé au collet. On évitera cependant les produits spasmolytiques qui peuvent aggraver la hernie.

2° *Le traitement symptomatique de l'anémie :*

est toujours indiqué (protoxalate de fer, 6 à 8 gr par jour) comme le traitement des hémorragies digestives importantes (réanimation médicale).

3° *Le traitement de la hernie hiatale :*

complétera toujours le traitement de l'ulcère, il est surtout destiné à prévenir le reflux gastro-œsophagien, ou à limiter

l'œsophagite peptique. Il est d'abord représenté par les conseils hygiéno-diététiques : repas de petit volume sans féculents ni boissons gazeuses, suppression des ceintures ou sangles abdominales, éviter les efforts et les positions proclives et déclives (gros oreillers ou surtout cales sous les pieds de la tête du lit). La prescription des protecteurs de la muqueuse rejoint le traitement de l'ulcère en associant les solutions d'agent colloïdal, les silicones et les sirops anti-histamiques.

II. — Les possibilités du traitement chirurgical

Si chacun s'accorde à reconnaître, dans l'association d'une hernie hiatale et d'un ulcère du collet, une indication de plus au traitement chirurgical, les modalités de ce traitement sont loin d'être codifiées.

Il n'y a pas, en effet, de statistiques suffisamment importantes pour emporter une conviction. L'ensemble des notions résulte de la réunion de nombreux cas isolés, et les solutions les plus diverses ont été adoptées.

A. — RAPPEL DES METHODES

Rappelons d'abord les possibilités chirurgicales dans le traitement des hernies hiatales et des ulcères haut situés de la petite courbure gastrique.

1° Les hernies hiatales :

La hernie hiatale ne doit pas être seulement considérée comme une malposition anatomique comparable à celle que réalisent les autres hernies abdominales.

Les troubles dus aux hernies hiatales sont avant tout en relation avec le dysfonctionnement de la zone cardiale, à l'origine du reflux gastro-œsophagien.

Le traitement doit donc viser non pas simplement à remettre dans l'abdomen ce qui doit être dans l'abdomen, apportant seulement des satisfactions radiologiques, mais à lutter contre ce reflux. Or le mécanisme de celui-ci est très mal connu ; et

l'on est donc contraint à rétablir une disposition anatomique aussi proche que possible de la disposition normale, espérant ainsi mettre fin au trouble fonctionnel.

Différents gestes visent ce but :

— Réintégration de la partie haute de l'estomac dans la cavité abdominale.

— Réduction de la déhiscence du hiatus œsophagien par suture des piliers diaphragmatiques.

— Reconstitution d'un œsophage abdominal de longueur normale et d'une implantation oblique de cet œsophage dans la cavité gastrique.

Pour cela on peut s'adresser à une reconstitution de l'angle de His, ou bien attirer vers le bas la petite courbure par gastropexie (Bœrema), ou bien réaliser un manchon gastrique péri-œsophagien selon la technique de Nissen.

La plupart des auteurs sont d'accord sur l'ensemble de ces impératifs.

Les divergences commencent avec la façon de les réaliser ; la multiplicité des techniques est suffisamment connue pour que nous n'y revenions pas ici.

2° *L'ulcère :*

Il s'agit toujours d'un ulcère relativement haut situé de la petite courbure, ou des parties adjacentes des faces antérieures ou postérieures.

En dehors de toute hernie hiatale associée, il pose déjà un problème difficile à résoudre.

— La vagotomie associée à un procédé quelconque de dérivation gastrique n'a pas fait la preuve de son efficacité dans ces ulcères de la petite courbure gastrique.

— La gastrectomie sous-ulcéreuse (Kelling, Madlener) espère, par simple réduction d'acidité, amener la cicatrisation de l'ulcère laissé en place. Or, il s'agit souvent de gros cratères ulcéreux dont la guérison est aléatoire.

— La gastrectomie totale (observation 2) enfin, ne peut être considérée que comme une intervention de nécessité où l'on

est conduit par des conditions anatomiques particulières, sa gravité et son inconfort digestif la rendant démesurée en présence d'un ulcère bénin.

— Les deux solutions les plus satisfaisantes résident dans une gastrectomie partielle emportant la lésion.

● Gastrectomie polaire supérieure, qui est le plus souvent réalisable, qui emporte la zone acido-sécrétante et respecte une partie du réservoir gastrique. Elle est cependant loin d'être parfaite, car elle n'assure pas une réduction d'acidité très satisfaisante et elle expose surtout au reflux œsophagien, de traitement toujours difficile, obligeant parfois à une ou plusieurs réinterventions.

● Gastrectomie partielle inférieure qui a, au contraire, fait depuis longtemps la preuve de son efficacité dans la réduction de l'acidité. La difficulté réside dans l'exérèse de l'ulcère, obligeant à des artifices techniques qui permettent une section beaucoup plus haute sur la petite courbure que sur la grande courbure (Gastrectomie en gouttière. Pauchet). Ses possibilités sont cependant limitées car on ne peut remonter jusque sur le bord droit de l'œsophage sans inconvénients.

B. — POSSIBILITES TECHNIQUES DANS L'ASSOCIATION HERNIE HIATALE ET ULCERE

La difficulté vient ici de l'influence des phénomènes inflammatoires péri-ulcéreux sur la mobilisation de la partie haute de l'estomac.

1° CERTAINS ULCÈRES JEUNES, MÊME DE GRANDES DIMENSIONS n'intéressent que superficiellement la muqueuse et les couches sous-jacentes, sans retentissement sur la face séreuse. Seule la palpation de la paroi gastrique permet de les identifier. L'ulcère ne constitue donc aucun obstacle à la réduction intra-abdominale de l'estomac hernié, et les manœuvres opératoires ne sont pas différentes de celles nécessitées par une hernie hiatale simple.

Les facilités d'exploration permettent ici de préciser le siège de cet ulcère et d'affirmer qu'il s'agit bien d'un ulcère

du collet. On peut donc évoquer sinon admettre le rôle du traumatisme pariétal local, ou du trouble trophique dans le déterminisme de cette ulcération. Ayant eu l'occasion de constater une fois une telle lésion, il nous paraît même vraisemblable que des ulcérations plus petites puissent passer inaperçues lors d'une cure de hernie hiatale. Quoi qu'il en soit, la simple cure de la hernie hiatale est susceptible d'amener la guérison de l'ulcère comme de nombreuses observations l'ont prouvé.

2° A L'OPPOSÉ ON PEUT TROUVER, ASSOCIÉ A UNE HERNIE HIATALE UN ULCÈRE CALLEUX VOLUMINEUX, entouré de phénomènes inflammatoires importants, d'allure pseudo-néoplasique, voire même perforé et bouché dans le lobe gauche du foie ou un pilier du diaphragme.

On se heurte là à un double problème étiopathogénique et technique.

— *La relation entre l'ulcère et la malposition gastrique est en effet encore impossible à préciser.* Il est concevable qu'un ulcère par troubles trophiques locaux devienne progressivement térébrant et calleux, mais la fréquence des deux affections oblige à considérer leur simple coïncidence comme possible. Les phénomènes de rétraction de la petite courbure font que tout ulcère de cette petite courbure peut apparaître comme un ulcère du collet.

Or, il existe certainement des malades porteurs d'une hernie diaphragmatique, qui font un ulcère gastrique habituel, c'est-à-dire avant tout sous la dépendance d'une hyperacidité.

— *Ce sont ces associations qui posent les problèmes techniques les plus difficiles.* Le temps de libération du bloc ulcéro-inflammatoire est long et hémorragique et doit constituer le premier temps de l'intervention. Lorsqu'il est réalisé, on peut alors juger de la meilleure solution à adopter. Certains ulcères paraissent moins haut situés que l'on ne pouvait le craindre, laissant libre une portion de petite courbure suffisante pour réaliser une gastrectomie inférieure des 2/3 (ou des 4/5), suivie de réfection du hiatus œsophagien. Ou bien l'ulcère trop haut situé ôte toute possibilité de section sur la petite courbure et oblige à une Gastrectomie polaire supérieure, un montage

spécial destiné à lutter contre le reflux peut être envisagé au moment de l'anastomose. Mais d'autres fois, la rétraction de la petite courbure est telle que la distance entre cardia et pylore est extrêmement réduite et que seule une gastrectomie totale est réalisable, parfois même avec anastomose directe œso-duodénale.

III. — Les indications thérapeutiques

A) LE TRAITEMENT MÉDICAL

Malgré des possibilités réduites, ce traitement médical est parfois le seul qui soit accepté par le malade, ou le seul que l'on puisse proposer étant donné l'existence d'affection pathologiques associées qui contre-indiquent une solution chirurgicale.

Pour notre part, en dehors de l'existence d'une symptomatologie douloureuse très sévère, réalisant un véritable état de mal, ou en l'absence d'hémorragies digestives ou de perforation, nous serions tentés de proposer un essai de traitement médical intensif, mixte, dirigé contre l'ulcère et contre la hernie pendant une période de 2 à 3 mois. Nous espérons de ce traitement l'amélioration de l'état fonctionnel du malade, qui pourra être alors opéré dans de meilleures conditions, ou même, la guérison complète, ce qui est une éventualité rare, mais non impossible, puisque nous l'avons observée dans un de nos cas (observation n° 10).

B) LES INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le principe de l'intervention chirurgicale obligatoire doit être la ligne de conduite à observer dans la majorité des cas. Ne pouvant compter sur des arguments cliniques, pathogéniques ou biologiques suffisamment convaincants pour dicter une attitude univoque, c'est alors souvent les conditions locales lors de l'intervention qui décideront le chirurgien dans le choix de l'attitude à adopter.

1° *Les indications théoriques :*

L'ensemble des observations que nous avons recueillies et la lecture des différents travaux portant sur l'association hernie hiatale et ulcère du collet nous permettent de fixer des indications théoriques.

— L'existence d'une hernie hiatale facilement libérable, associée à un ulcère jeune, sans phénomènes inflammatoires importants, pose un problème relativement simple : la cure de la hernie hiatale a toutes chances d'apporter une guérison complète surtout si la symptomatologie revêt l'aspect d'un reflux cardio-œsophagien.

Cette cure peut être menée différemment selon les préférences du chirurgien. Il semble que la plupart des auteurs français actuels préfèrent une voie d'abord abdominale, permettant de réaliser la réintégration de l'estomac et du cardia herniés, la réparation de l'hiatus œsophagien, la fermeture de l'angle de His et de vérifier l'intégrité du tractus digestif supérieur.

Le traitement anti-ulcéreux post-opératoire et la surveillance radiologique permettent de s'assurer de la guérison de l'ulcère.

— Lorsqu'il existe au contraire un ulcère calleux volumineux, il est logique de lui opposer le traitement habituel des ulcères gastriques. La solution la plus satisfaisante est la cure de la hernie hiatale suivie d'une gastrectomie des deux tiers.

Pour réaliser cette intervention, la voie abdominale est certainement la plus satisfaisante. Le choix d'une voie thoracique peut au contraire rendre cette gastrectomie inférieure difficile et pousser à une gastrectomie polaire supérieure dont on sait le pronostic fonctionnel médiocre.

2° *Les indications d'opportunité :*

Mais à côté de ces indications théoriques, il y a des indications d'opportunité, et la multiplicité des solutions adoptées dans diverses observations publiées le prouve largement. Les conditions locales peuvent en effet conduire à des gestes impo-

sés : soit gastrectomie totale, soit gastrectomie polaire supérieure, soit même enfin vagotomie avec dérivation gastrique.

Il nous semble, en tout cas, qu'en présence de lésions péri-ulcéreuses importantes l'ulcère soit la maladie à traiter, la hernie étant accessoire.

Lorsque la cure de cette dernière est possible, il faut, bien sûr, la faire mais elle ne nous semble pas devoir entraîner des gestes importants à tout prix, aggravant le pronostic vital de l'intervention, d'autant que la réduction d'acidité par la gastrectomie, diminue la nocivité du reflux gastro-œsophagien.

Nous en voulons pour preuve deux observations personnelles :

— L'une où la hernie hiatale fut négligée, l'ulcère traité seul par gastrectomie des 2/3, et la guérison obtenue (observation 9).

— L'autre où gastrectomie et cure de la hernie furent associées, la guérison clinique parfaite obtenue, mais la récurrence de la hernie hiatale totale prouvée radiologiquement (observation 1).

IV. — Résultats du traitement

Ils sont appréciables dans 8 cas sur les 10 que comporte notre étude. Nous avons dû enregistrer 2 décès (accidentel dans l'observation n° 4, 3 ans après une deuxième récurrence de hernie hiatale compliquée d'ulcère du collet ; post-opératoire dans l'observation n° 7, où l'on avait dû se contenter de pratiquer une gastrostomie trans-pylorique, le malade ayant présenté une hématomérose terminale au 12^e jour).

Dans les 8 cas restants, les résultats peuvent s'établir ainsi :

— *Résultat excellent* : dans 5 cas, avec disparition de tous les symptômes présentés ; obtenu une fois par le traitement médical et quatre fois par le traitement chirurgical. Dans ces observations, la cure chirurgicale isolée de la hernie était pratiquée une fois, dans les trois autres, il s'agissait de gastrectomie partielle associée deux fois à une cure de hernie, une fois sans cure associée de la hernie.

— *Résultat moyen* : dans deux cas. Il s'agissait, dans l'un, d'une gastrectomie totale et dans les suites la survenue d'une dysphagie conduisait à des dilatations œsophagiennes de plus en plus espacées. Dans l'autre, après gastrectomie partielle associée à la cure de la hernie, on note bien une amélioration passagère, mais on déplore l'apparition de troubles digestifs associés à des vomissements que l'on rattache à l'existence d'une sténose médio-gastrique.

— *Résultat mauvais* : dans un seul cas. Il s'agissait d'une gastrectomie polaire supérieure suivie d'importantes manifestations de reflux gastro-œsophagien qui imposaient une intervention complémentaire (anastomose œso-jéjunale).

Des contrôles radiographiques à distance de l'intervention ou après traitement médical, ont été effectués chez 7 malades : on note 3 récurrences herniaires radiologiques et 2 fois la persistance de la hernie sur laquelle on n'était pas intervenu. Trois fois les malades se déclarent parfaitement guéris, malgré la récurrence ou la persistance de la hernie radiologique.

Les résultats cliniques et radiologiques ne sont donc pas toujours entièrement superposables.

V. — Conclusion

L'impression générale est donc que certains malades sont avant tout porteurs de hernie hiatale, mal supportée, dont la cure amène la guérison et que d'autres, au contraire, sont des ulcéreux qui doivent être traités comme tels, leur hernie étant sinon négligeable, du moins d'importance secondaire.

De toutes façons, l'orientation générale de la thérapeutique dans l'association hiatale et ulcère du collet est essentiellement chirurgicale, les moyens médicaux n'étant que secondaires et complémentaires du traitement chirurgical.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié les problèmes posés par l'association hernie gastrique hiatale et ulcère du collet, à propos de dix observations.

1° *La coexistence d'une hernie hiatale avec un tel ulcère* n'est pas très fréquente. On trouve un ulcère associé gastro-duodénal dans 11 % des cas alors que l'ulcère du collet ne se retrouve que dans 1,8 % des cas. Mais cette fréquence est peut être plus importante qu'on ne le croit généralement.

2° *L'étude du contexte étiologique* montre que l'association des deux maladies se rencontre plus volontiers après cinquante ans et dans le sexe féminin. Parmi les nombreux facteurs amenuisant la tonicité des fibres musculaires et pouvant favoriser l'apparition de la hernie, il faut surtout signaler la fréquence de l'obésité que l'on retrouve dans la moitié des observations.

3° *Les hypothèses pathogéniques* ne permettent pas d'éliminer la coïncidence fortuite, puisque la hernie hiatale est une maladie fréquente alors que l'ulcère du collet reste beaucoup plus rare.

Mais la localisation de cet ulcère au niveau du collet de la hernie ou dans son voisinage immédiat apparaît significative et l'ulcère pourrait être la conséquence directe de la hernie. Il est difficile de faire un choix parmi les causes invoquées : les traumatismes répétés au niveau de l'anneau, l'étirement des vaisseaux coronaires, l'ischémie muqueuse seraient des facteurs ulcérogènes, à moins que la rétention chlorhydro-peptique dans la poche herniée ne joue un rôle déterminant.

4° *Cliniquement l'association est rarement latente.* Les manifestations douloureuses sont au premier plan. Elles prennent le type ulcéreux dans la majorité des cas, mais peuvent également se présenter comme des hernies diaphragmatiques fonctionnellement troublées.

Des hémorragies importantes sont rencontrées dans plus de la moitié des cas, elles représentent surtout une complication de l'ulcère associé à la hernie.

5° *Radiologiquement* : la mise en évidence de la hernie ne présente habituellement aucune difficulté puisqu'il s'agit de hernies volumineuses non réductibles en position debout. La mise en évidence de la niche sur la petite courbure gastrique est également facile. La difficulté provient surtout de l'impossibilité où l'on est parfois de préciser les rapports exacts avec le collet.

6° *Thérapeutique* : L'orientation générale de la thérapeutique est essentiellement chirurgicale.

Il nous apparaît que dans un petit nombre de cas, certains malades sont porteurs de hernies hiatales mal supportées, dont la cure amène la guérison de l'ulcère.

Mais, dans la majorité des cas, il s'agit d'ulcéreux qui doivent être traités comme tels, la hernie apparaissant contingente.

Pratiquement la thérapeutique idéale serait la suppression de la hernie et de l'ulcère par gastrectomie, mais le caractère récent et non inflammatoire de l'ulcère peut faire adopter une simple cure de la hernie ; à l'inverse, le caractère calleux de l'ulcère avec périgastrite plus ou moins intense impose la gastrectomie et parfois selon les conditions locales des gestes chirurgicaux théoriquement beaucoup moins séduisants, mais imposés.

Vu :

Le Doyen,

Pour le Doyen,

L'ASSESEUR : M. LEVRAT.

Vu :

Le Président de la Thèse,

M. GIRARD.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 28 Mai 1965.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER R.-H. — The lower esophagus lined by columnar epithelium. Its association with hiatal hernia, ulcer, stricture and tumor. *J. Thor. Cardio. Surg.*, janv. 1963, 45, p. 13-14.
- ALLISON P.-R., JOHNSTONE A.-S. — The œsophagus lined with gastric mucous membrane. *Thorax*, 1953, 8, p. 87-101.
- BARRAYA L., MINICONI D., ALEMANO S. — Hernie hiatale et ulcère du collet. Traitement chirurgical. *Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1960, 49, p. 644-645.
- BARRAYA L., MINICONI D., LETOURNEUR (Mme). — Les problèmes posés par l'association « hernie hiatale et ulcère du collet ». (A propos de 5 observations personnelles). *Arch. Mal. App. Dig.*, nov. 1960, 49, p. 1521-1530.
- BARRETT N.-R. — Hiatus hernia. A review of some controversial points. *Brit. J. Surg.*, 1954, 42, p. 231-243.
- BERTRAND P., GIRARD M., MONTBARBON J.-F., SAUBIER E., MARET G. — Hernie de l'hiatus œsophagien avec niche géante de la petite courbure. *Arch. Mal. App. Dig.*, juil. 1951, 40, p. 943-945.
- BERMAN E.-J., BERMAN J.-K. — Hiatal hernia complex. *Arch. Surg.*, juil. 1964, 89, p. 179-187.
- BOCKUS H.-L. — Gastro-entérology, 1963, vol. 1, chap. 16, p. 232-261. Sec. Ed. W.B. Saunders company.
- BOROS E. — Hiatus hernia, a survey of 205 cases. *Amer. J. Gastroent.*, avril 1962, 37, p. 438-441.
- BRETTE R. — Les hernies diaphragmatiques de l'hiatus œsophagien. *Rev. Lyon Méd.*, juin 1959, 8, p. 843-849.
- BRIGHT R. — Account of a remarkable displacement of the stomach. *Guy's Hosp.*, 1836, 1, p. 598.
- BROMBART M. — Cardia ectopique et reflux gastro-œsophagien. *Arch. Mal. App. Dig.*, sept.-oct. 1955, 44, p. 1061-1064.
- CACHIN M., PERGOLA F., LEVILLAIN R. — Hernie diaphragmatique et thrombose veineuse. Etude anatomique. *Bull. Mem. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1955, 22, p. 793-799.
- CANIVET J., ROUX P. — Le reflux gastro-œsophagien. Sa place dans le cadre de la pathologie hiatale et œsophagienne. *Le Progrès Médical*, janv. 1963, p. 42-52.
- CARVER G.-M. Jr. — Hernie hiatale, œsophagite et ulcère. *Surg. Gynec. Obst.*, janv. 1958, 106, p. 77-81.

- CASTEN D.-F. — Sliding esophageal hiatus hernia, duodenal ulcer and gallstones. A clinical triad. *Jal. Int. Coll. Surg.*, juin 1964, 41, p. 579-583.
- CASTEN D.-F., BERNHANG A., NACH R.-J., SPINZIA J. — A physiological basis for the surgical treatment of sliding esophageal hiatal hernia. *Surg. Gynec. Obstet.*, juil. 1963, 117, p. 87-93.
- CHAPUY A., NAUDIN E.-P. — Hernie diaphragmatique de l'estomac avec ulcère sur la portion thoracique. *Arch. Mal. App. Dig.*, avril 1952, 41, p. 447-449.
- CHÊNE P., LORTAT-JACOB J.-L. et Coll. — Etio-pathogénie du reflux gastro-œsophagien. Journée des gastro-entérologues français. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1955 (suppl. n° 6).
- CHÉRIGIE M., GOULON M., TERQUEM J. — Hernie hiatale et ulcère du collet. *Arch. Mal. App. Dig.*, oct. 1963, 52, p. 1017-1020.
- COLLIER W., HURST A.-F., SHEAF E.-W. — Two cases of gastric ulcer associated with congenital diaphragmatic hernia. *Guy's Hosp. Rep.*, 1929, 79, p. 159-172.
- CORNET A., HILLEMAND B., FONTAINE J.-L. — The cardiovascular collapsus of hiatal hernias. *Arch. Mal. Appar. Dig.*, oct. 1961, 50, p. 1081-1090.
- CRUZE K., BYRON F.-X., HILL J.-T. — L'ulcère gastro-duodéal associé à une hernie symptomatique du hiatus. *Surg.*, oct. 1959, 46, 664-668.
- DABADIE J. — Hiatal hernias in children (Surgical indications and results). *J. Méd. Bordeaux*, janv. 1961, 138, p. 192-208.
- DAGRADI A.-E., STEMPIEN S.-J. — Symptomatic Esophageal Hiatus Sliding Hernia. Clinical, Radiologic, and Endoscopic Study of 100 cases. *Amer. J. Digestive. Diseases*, 1962, 7, 613-633.
- DAVIDSON S.-J. — L'ulcère gastrique associé à une hernie du hiatus. *The Lancet*, oct. 1958, n° 7049, p. 729-731.
- DEBRAY C.-H. — Diagnostic radiologique des hernies hiatales. *Concours méd.*, oct. 1957, 79, p. 4337-4340.
- DEBRAY Ch., HARDOUIN J.-P., JOUBAUD F. — Hémorragies des hernies hiatales chez l'adulte. Journées françaises de gastro-entérologie. Paris, *Arch. Mal. App. Dig.*, 1959, 48, n° 7-8 bis, p. 101-115.
- DELOYERS L., VAN DER STRICHT J. — L'avenir des hernies hiatales opérées et non opérées. *Acta gastro-ent. Belg.*, 1958, 21, p. 429-466.
- DESMEULES R., MARCOUX H., GOSSELIN J. — Hernie diaphragmatique, ulcères gastriques et tuberculose pulmonaire chez un syphilitique. *Laval méd.*, 1938, 3, p. 145.
- DORSEY J.-M., HELBING E.-J. Jr. — Esophageal hiatus diaphragmatic hernia. The selection of patients for surgical therapy. *Arch. Surg.* (Chicago), juin 1963, 86, p. 1000-1007.
- DUBOST Ch., BLONDEAU Ph. — Les hernies par l'hiatus œsophagien chez l'adulte. *Presse médicale*, fév. 1956, 64, p. 189-191.

- DUHAMEL J. — Les ulcères gastro-duodénaux de déterminisme connu. *Vie Méd.*, juil. 1962, 43, p. 959-965.
- DUPON H., CORNET E. — Hiatal hernia caused by displacement of the stomach. *Poumon-Cœur*, juin-juil. 1960, 16, p. 541-548.
- EFFLER D.-B. — Surgical Treatment of Hiatal Hernia. *Amer. J. Gastroent.*, août 1962, 38, p. 165-170.
- EYRING E.-J., AMENDOLA F.-H. — Esophageal hiatus hernia. *Surgery*, fév. 1963, 53, p. 222-225.
- FELDMAN M., MYERS P. — Fréquence de la coexistence d'ulcère gastrique et de hernie du hiatus œsophagien de l'estomac. *Rev. Gastroent.*, mars 1953, 20, p. 191-198.
- FLABEAU F., ROUGEMONT C., TERQUEM F., THONY H. — Gastropexy and plication of the greater curvature (Nissen's syndrome operation) of hiatal hernia in the adult. *J. Chir. (Paris)*, fév. 1963, 85, p. 159-187.
- FOA A. — Hernie hiatale gastrique accompagnée d'ulcère. *J. Radiol. Electro.*, 1957, 38, p. 426.
- FORSTER E., HOLDERBACH L., ASSOUD A., PETER R. — A propos of the surgical treatment of 44 hiatal hernias. *Ann. Chir.*, août 1962, 16, p. 1269-1274.
- GADRAT J. et Col. — Hernie diaphragmatique avec volvulus de l'estomac et ulcère de la petite courbure gastrique, chez une tuberculeuse pulmonaire. *Arch. Mal. App. Dig.*, juil.-août 1961, 50, p. 810-814.
- GARNIER H. — A propos de 120 cas de hernies par l'hiatus œsophagien du diaphragme opérées chez l'adulte. *Thèse (Paris)*, 1957.
- GIRARD M., GAILLARD J., FRAISSE H. et DALLOZ. — L'œsophagite par reflux au cours des hernies hiatales de l'estomac. *Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1956, 45, p. 556-562.
- GRIMOUD M., LAPEYRERE J., MALECAZE A. — Hernies hiatales et ulcères de la petite courbure gastrique (A propos de 5 observations). *Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1963, 52, p. 539-541.
- GROVES L.-K., MARTINEZ W., EFFLER D.-B. — Transthoracic repair of esophageal hiatus hernia : evaluation of 200 consecutive cases. *Jal. Thor. and Cardiovascul. Surgery*, oct. 1959, 38, p. 537-552.
- GUIBAL J. — Hernie diaphragmatique par l'hiatus œsophagien et ulcère de la petite courbure. *Mém. Acad. Chir.*, nov. 1946, 72, p. 494-499.
- HAFTER E. — Hiatal hernia, its diagnostic and clinical significance. *Amer. J. Dig. Dis.*, 1958, 3, p. 901-915.
- HAHN G.-A. — Gastric ulcer in hiatus hernia complicating pregnancy. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 1952, 63, p. 222.

- HARRINGTON S.-W. — Diaphragmatic hernia associated with traumatic gastric erosion and ulcer. *Surg. Gyn. Obst.*, oct. 1930, 51, p. 504-521.
- HARRINGTON S.-W. — Esophageal hiatal diaphragmatic hernia. *Surg. Gyn. Obst.*, mars 1955, 100, p. 277-292.
- HERRINGTON J.-L. — The abdominal approach for repair of esophageal hiatus hernia. *Surgery*, août 1962, 52, p. 419-420.
- HILLEMAND P., BARRE Y. — A propos de l'étiologie de certaines hernies diaphragmatiques par l'hiatus œsophagien. *Presse méd.*, déc. 1954, 62, p. 1791-1793.
- HILLEMAND P., MATHIEU P., BARRE Y., BERNARD H.-J. — Orientations thérapeutiques récentes à propos des hernies hiatales et du reflux gastro-œsophagien. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, 44, p. 1044-1047.
- HUART (d') F. — Les hernies hiatales (A propos de 10 cas opérés). — *Ann. Chir.*, juil. 1960, 14, p. 803-815.
- HUBER F., ANDRESSON L.-H. — Gastric and duodenal ulcer associated with lesions of the lower end of the œsophagus and the cardia of the stomach. *Amer. J. Roent.*, août 1942, 48, p. 158-162.
- HUMPHREYS G.-H., FERRER J.-M. Jr., WIEDEL P.-D. — Hiatal hernia of the diaphragm. *J. Thoracic Surg.*, déc. 1957, 34, p. 749-767.
- JANKELSON I.-R., MOREIN S. — Complications of diaphragmatic hernia. *Rev. Gastroent.*, 1940, 7, p. 134.
- JOHNSTONE A.-S. — *Brit. J. Radiol.*, 1955, 28, p. 229.
- JOUVE-FOURNIER P. — Contribution à l'étude anatomo-physiologique et au repérage radiologique de l'hiatus œsophagien. *Thèse (Marseille)*, 1955, 88 pages.
- KEY E. — Fall von hernia diaphragmatic Kompliziert mit Penetrierendem Magenschwur, *Zentrabl. f. Chir.*, 1924, 51, p. 95.
- KLEITSCH W.-P. — Complications dramatiques de la hernie hiatale. *Arch. Surg.*, 1952, 65, p. 665-672.
- KRONSSJO M. — Esophageal hiatus hernia combined with gastric ulcer and fatal hemorrhage. *Svenska lak-tidning*, 1929, 26, p. 1067.
- LACOSTE R. — Traitement chirurgical des hernies hiatales. *Thèse (Lyon)*, 1962, n° 116, 75 pages.
- LAROYENNE L. — Contribution à l'étude des hernies hiatales. *Thèse (Lyon)*, 1953. Edit. Bosc.
- LETOURNEUR (Mme). — Ulcère du collet et hernie hiatale. *Thèse (Marseille)*, 1960.
- LEVRAT M. — Les hernies diaphragmatiques. *Rev. Lyon. Méd.*, 5, n° spécial, p. 275-278.

- LOEPER J., RAMEIX P., MOGES J. — Contribution à l'étude de l'anémie des hernies diaphragmatiques. *Presse Méd.*, déc. 1963, 71, p. 2775-2776.
- LORTAT-JACOB J.-L. — Malfaçons et séquelles de la chirurgie de l'hiatus œsophagien. Symposium de chirurgie thoracique, séances spéciales de la Société belge de chirurgie. *Acta Chir. Belgica*, juin 1959.
- LORTAT-JACOB J.-L. et COLL. — A propos de 221 interventions pour hernie par l'hiatus œsophagien chez l'adulte. *Ann. Chir.*, 1962, 16, p. 985-990.
- MACCHIA B. — Un cas d'ulcère dans une hernie hiatale avec perforation consécutive à la gastrocopie. *Rev. Gastroent.*, 1952, 19, p. 324.
- MATHEWS F.-S., Mac FEE W.-F. — Gastric ulcers dependent upon diaphragmatic hernia. *Ann. Surg.*, 1931, 94, p. 517-523.
- MEGEVAND R. — Les hernies hiatales et leur traitement chirurgical. *Méd. et Hyg.*, 1963, 21, p. 614-616.
- MENDELSON E. — Hiatus hernia of the stomach as a source of gastro-intestinal bleeding. *Radiology*, 1946, 46, p. 502-506.
- MILLER G.-F., DOUB H.-P. — Ulcer associated with diaphragmatic hernia. *Amer. J. Roentgenol.*, 1949, 62, p. 368.
- MILLERET P. — Hernie de l'hiatus œsophagien et ulcère de l'estomac. *Lyon Chir.*, mai 1962, 58, p. 428-430.
- MIRAU COURT G. — A propos de trois observations d'association hernie hiatale et ulcère du collet. *Thèse (Paris)*, 1962, n° 539, 32 pages.
- MONGES A. — Deux observations de hernie hiatale avec ulcère du collet. *Arch. Mal. App. Dig.*, mai 1960, 49, p. 645-647.
- MONGES H., MONGES A., DAML C. — Etiopathogénie des hernies hiatales. *Acta Gastroent. Belg.*, 1958, 21, p. 334-370.
- MONGES H., MONGES A., GAMBARELLI J., JOUVE-FOURNIER (Mme). — Sur le repérage radiologique de l'hiatus œsophagien et l'interprétation de l'image de la coupole diaphragmatique gauche. *Arch. Mal. App. Dig.*, oct. 1955, 44, p. 1033-1044.
- MONTGOMERY D.-O. — Esophageal hiatus hernia and associated intra abdominal pathology. *Amer. Surg.*, oct. 1963, 29, p. 708-709.
- MOUCHET A., BARRAYA L. — Les hernies hiatales. *Journal de Chirurgie*, sept. 1962, 84, p. 242-254.
- MUNNELL E.-R., KALMON E.-H. — Ulcerations of the stomach in diaphragmatic herniations. *Southern Med. Journ.*, 1958, 51, p. 1457-1459.
- NISSEN R., ROSSETTI M. — Surgery of hiatal hernia and the reflux syndrome. Fundoplication and gastropexy. *J. Chir. (Paris)*, mai-juin 1962, 38, p. 659-671.

- OCHSNER S.-F., OCHSNER A. — Hernie du hiatus avec occlusion gastrique et perforation intra-thoracique d'ulcère gastrique de la grande courbure. *Amér. J. Surg.*, oct. 1958, 96, p. 562-564.
- OCHSNER S.-F. — Gastric ulcer in hiatal hernia. *J.A.M.A.*, sept. 1961, 177, p. 892-895.
- OWENS F.-J. — Medical Treatment of Hiatus Hernia. *Amer. J. Gastroent.*, août 1962, 38, p. 162-164.
- PAOLAGGI J.-A. — Le praticien devant la hernie hiatale. *Presse Médicale*, nov. 1964, 72, p. 2781-2783.
- PAULSON D.-L., SHAW R.-R., KEE J.-L. — Esophageol hiatal diaphragmatic hernia and its complications. *Ann. Surg.*, juin 1962, 155, p. 957-970.
- POILEUX F., FRILLEUX C., GARBAY M., COHEN-BOULAKIA A. — Une variante technique pour la cure chirurgicale, par voie thoracique, des hernies hiatales récidivées. *Ann. Chir.*, 1958, 12, p. 373-378.
- REBOUL J., MARTIN P.-L., MASSEYS L.-S. — Sur deux cas de hernie diaphragmatique gastrique associés à un syndrome anémique (le 2° cas comportant un ulcère du collet). *J. Radiol. Elect.*, 1950, 31, p. 229-232.
- ROBERT P.-E., PRADEL, BRECHOT C., DENIMAL. — Les associations morbides de la hernie diaphragmatique. Leur fréquence et leur signification. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1960, 49, p. 134-140.
- RUBERTIS C. (de). — La hernie hiatale, cause d'hémorragies digestives. *Arch. Ital. Mal. Appar. Dig.*, janv.-fév. 1962, 29, p. 79-91.
- RUDE J.-C. — Healed Gastric ulcer with associated inflammatory fibrotic changes in diaphragmatic hernia. *Radiology*, 1942, 38, p. 729.
- RUDLER J.-C., GARNIER H. — A propos de 44 interventions pour hernie par l'hiatus œsophagien chez l'adulte. *Ann. Chir.*, mars 1958, 12, p. 253-260.
- SALEMBIER Y. — Which hiatal hernias in adults should be surgically treated. *Ann. Chir.* (Paris), juin 1961, 15, p. 789-794.
- SANTY P., FAVRE-GILLY J., LAROYENNE Y. — Indications du traitement chirurgical dans les formes anémiques de la hernie diaphragmatique de l'estomac, *Lyon Chir.*, 1954, 49, p. 285-295.
- SARNELLI V., VECCHIONE P. — Hernie hiatale associée à un double ulcère de l'estomac. *Riforma Méd.*, févr. 1963, 77, p. 117-124.
- SODARO A.-A. et COLL. — Hiatal gastric hernia associated with gastric ulcer. *Gazz. Int. Med. Chir.*, 31 juil. 1963, 68, p. 1445-1456.
- SWEET R.-H. — Experience with 500 cases of hiatus hernia. A statistical survey. *J. Thor. Cardio. Surg.*, août 1962, 44, p. 145-152.

- THONY H. — Traitement chirurgical des hernies hiatales. Principes, indications, modalités. *Conc. méd.*, juin 1964, 86, p. 3927-3936.
- TRAISSAC F.-J. — Les hernies hiatales et les problèmes thérapeutiques qu'elles posent. *Sem. Hôp.*, 1961, 37, p. 2005-2077.
- TRUESDALE P.-E. — Gastric ulcer associated with diaphragmatic hernia. *New Eng. J. Méd.*, 1932, 207, p. 385-390.
- VACHON A., JUVANON. — Etiologie et diagnostic des hémorragies digestives. *J.M.L.*, mai 1959, 40, p. 394-404.
- WYNEN A., COLLARD A. — La gastrectomie dans le traitement des hernies hiatales. *Acta gastroent. Belg.*, 1960, 23, p. 314-325.
- ZAROWITZ H., GRAYZEL D.-M. — Para œsophageal hiatus hernia with gastric haemorrhage and perforation. *Gastroenterology*, janv. - avril 1950, 14, p. 314-316.
- ZIPERMAN H.-H., MATHEWSON C. Jr., STANEK R.-G., BRUGGER A.-M. — Hiatal hernia repair by intraperitoneal gastric fixation. *Surg. Gynec. Obstet.*, mai 1963, 116, p. 608-612.

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	11
HISTORIQUE	13
LES OBSERVATIONS	17
CONDITIONS ETIOLOGIQUES	35
1° Fréquence de l'association ulcère du collet et hernie hiatale	35
2° Conditions particulières tenant à l'existence de la hernie	36
3° Conditions particulières tenant à l'existence de l'ulcère	38
PATHOGENIE	41
1° L'ulcère peut-il être la conséquence directe de la hernie hiatale ?	41
2° A l'opposé, compte tenu de la fréquence respective de la hernie et de l'ulcère, l'association n'apparaît-elle pas comme purement fortuite ?	43
3° Facteurs déclenchants et facteurs favorisants	44
ETUDE CLINIQUE	49
1° Le syndrome douloureux	49
2° Les hémorragies	52
3° L'altération de l'état général	56
4° Les perforations	56
EXAMEN RADIOLOGIQUE	59
1° La recherche de la hernie	61
2° La recherche de l'ulcère associé	63

THERAPEUTIQUE	71
1° Les possibilités du traitement médical	71
2° Les possibilités du traitement chirurgical	72
3° Les indications thérapeutiques	76
4° Résultats du traitement	78
5° Conclusion	79
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83

